Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Canada

Medical Care Annual Report

Soins médicaux Rapport annuel

'81 '82

86-05700/

Her Excellency the Right Honourable Jeanne Sauvé, Governor General and Commander-in-Chief of Canada.

MAY IT PLEASE YOUR EXCELLENCY:

The undersigned has the honour to present to your Excellency the Annual Report respecting operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1982.

Respectfully submitted,

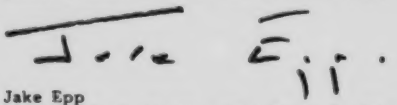
Jake Epp,
Minister of National Health and Welfare.

Son Excellence la très honorable Jeanne Sauvé, Gouverneur général et Commandant en chef du Canada.

QU'IL PLAISE À VOTRE EXCELLENCE,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le Rapport annuel sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière terminée le 31 mars 1982.

Je vous prie d'agréer, Madame le Gouverneur général, l'assurance de mon profond respect.



Jake Epp
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

©Minister of Supply and Services Canada 1986
Cat. No. H75-9/1982
ISBN 0-662-54384-X

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1986
N^{O} de cat. H75-9/1982
ISBN 0-662-54384-X

Annual Report of the Minister of National Health and Welfare respecting operations of the Medical Care Act for the fiscal year ended March 31, 1982.

This is the fourteenth report to Parliament, made in accordance with Section 9 of the Medical Care Act.

Program Description

The Medical Care Act (chapter M-8, R.S.C., 1970) received Royal Assent on December 21, 1966. In keeping with a recommendation from the Royal Commission on Health Services in 1964, the Act established a grant-in-aid program whereby the federal government is empowered to make financial contributions to those provinces* which operate medical care insurance plans meeting certain minimum criteria. These criteria are embodied in the Act and require the provincial plans to have the following characteristics:

1. **Comprehensive coverage** for all medically required services rendered by a physician or surgeon. There can be no dollar limit or exclusion except on the grounds that the services are not medically required. Certain surgical-dental services rendered by dental surgeons in hospitals were added as benefits effective July 1, 1968.

2. **Reasonable access to insured services by insured persons.** The benefit coverage must be administered in such a way that there will be no impediment or preclusion through financial charges or otherwise to an insured person receiving necessary medical care.

3. **Universal coverage available** to all eligible residents of a participating province on uniform terms and conditions and covering, in addition, at least ninety-five per cent of the total eligible population. This ensures access to coverage by all residents and prevents premium discrimination on account of previous health, age, non-membership in a group or other consideration. At the same time, subsidization in whole or in part for certain age groups or low-income groups is permitted if a plan is financed by means of a premium system, provided all qualifying residents are treated equally. Eligibility as a beneficiary is not related to employment insurance groups and, consequently, coverage is not lost when an individual changes jobs.

* The term "provinces" includes the territories unless otherwise specified.

Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application de la Loi sur les soins médicaux pour l'année financière terminée le 31 mars 1982.

Le présent rapport, établi conformément à l'article 9 de la Loi sur les soins médicaux, est le quatorzième présenté au Parlement.

Description du programme

La Loi sur les soins médicaux (chapitre M-8, S.R.C., 1970) a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. Conformément aux propositions de la Commission royale sur les services de santé de 1964, la loi a établi un programme de subventions aux termes duquel le gouvernement fédéral a le pouvoir d'accorder, selon certains critères minimaux, une aide financière aux provinces* appliquant un régime de soins médicaux. Ces critères sont incorporés dans la loi et obligent les régimes provinciaux à posséder les caractéristiques suivantes:

1. **La garantie tous risques** couvrant tous les services nécessaires dispensés par un médecin ou par un chirurgien. Ce critère n'admet aucune limite monétaire ni exclusion, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical. Depuis le 1er juillet 1968, certains services de chirurgie dentaire dispensés dans les hôpitaux par des chirurgiens-dentistes sont également prévus.

2. **L'accès raisonnable des personnes assurées aux services assurés.** L'accès aux services assurés ne doit pas être entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions.

3. **L'application universelle** de la garantie à tous les résidents assurables de la province participante, selon des conditions uniformes, et couvrant au moins 95 p. 100 de la population assurable. Cela permet de garantir l'accès à tous les résidents et d'éviter la discrimination en matière de primes, qu'elle soit fondée sur la santé, l'âge, la non-appartenance à un groupe ou tout autre motif. En outre, si le régime est financé par un système de primes, l'autorité provinciale peut subventionner, en totalité ou en partie, certains groupes d'âge ou des groupes économiquement faibles, à condition que tous les résidents ayant droit à la garantie soient traités équitablement. Le droit à la garantie n'est pas lié à une assurance collective par groupes d'employés, et par conséquent, le changement d'emploi n'entraîne aucune suspension de la garantie.

* Le terme "provinces" comprend les territoires sauf indication contraire.

4. **Portability of benefits** when beneficiaries are temporarily absent from their own province or when moving from one participating province to another.

5. **Administration on a non-profit basis** by a public authority which is accountable to the provincial government for its financial transactions.

Federal financial contributions to participating provinces became payable from July 1, 1968, and, originally, were based on half of the national per capita cost of the insured services of the national program, multiplied by the number of insured persons in each province. As a result of a 1976 amendment to the Medical Care Act, the 1976-77 per capita contribution was limited to 113% of the 1975-76 per capita contribution. This ceiling marginally reduced the level of the federal contribution below 50 per cent of the national per capita cost of insured services for that year. New financial arrangements came into effect April 1, 1977, and are discussed later in this report under the heading "Description of Financing Arrangements".

The Medical Care Act excludes from the insurable population of a province members of the Canadian Armed Forces, Royal Canadian Mounted Police and persons serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the Penitentiary Act. These exclusions amount to less than 0.5 per cent of the total population.

Medically required services furnished by medical practitioners to otherwise insurable and/or insured residents of a participating province who are eligible and entitled to receive insured services under any other Act of the Parliament of Canada or under any law of a province relating to workers' compensation are not insured services under the Medical Care Act. For example, war veterans entitled to medical care under other federal legislation are excluded from the benefit coverage of the Medical Care Act insofar as their compensable disability is concerned. The relevant federal statutes are as follows:

Aeronautics Act
Civilian War Pensions and Allowances Act
Government Employees Compensation Act
Merchant Seamen Compensation Act
National Defence Act
Penitentiary Act
Pension Act
Royal Canadian Mounted Police Act
Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act
Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act
Veterans Rehabilitation Act

Coverage is automatic for eligible residents in most provinces except for in Ontario, British Columbia and Alberta, subject to any registration requirements being met. In Ontario, coverage is mandatory for persons employed where there are 15 or more persons on the payroll, it occurs at the discretion of the employer where there are between six to 14 employees, while coverage is voluntary for the remainder of the population. In Alberta, persons may "opt out" on a yearly basis, but such an election must be for both the provincial hospital insurance and medical care plans. British Columbia has a voluntary plan.

4. **La transférabilité des prestations** lorsque le bénéficiaire s'absente temporairement de sa province ou déménage dans une autre province participante.

5. **L'administration sans but lucratif** assurée par un organisme public, responsable de ses opérations financières devant le gouvernement provincial.

Les contributions fédérales ont commencé d'être versées aux provinces participantes le 1er juillet 1968 et, à l'origine, étaient fondées sur la moitié du coût national par habitant des services assurés par le programme national, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province. Par suite d'une modification apportée en 1976 à la Loi sur les soins médicaux, la contribution par habitant pour 1976-1977 a été limitée à 113 p. 100 de celle versée pour 1975-1976. Ce plafond a légèrement réduit le niveau de la contribution fédérale à moins de 50 p. 100 du coût national par habitant des services assurés pour l'année en question. De nouveaux accords financiers sont entrés en vigueur le 1er avril 1977 et ceux-ci sont examinés sous la rubrique "Description des accords de financement".

La Loi sur les soins médicaux exclut de la population assurable d'une province les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, selon la définition qu'en donne la Loi sur les pénitenciers. Le nombre des personnes exclues représente moins de 0,5 p. 100 de la population globale.

Les services médicaux fournis par un médecin aux résidents assurables d'une province participante, qui ont droit aux services assurés en vertu de toute autre loi du Parlement canadien ou de toute loi provinciale portant sur l'indemnisation des accidentés du travail ne sont pas des services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux. Par exemple, les anciens combattants ayant droit aux soins médicaux en vertu d'autres lois fédérales sont exclus de la garantie prévue par la Loi sur les soins médicaux en ce qui concerne une affection imputable au service de guerre pour laquelle ils sont déjà indemnisés. Les lois fédérales en question sont les suivantes:

Loi sur l'aéronautique
Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils
Loi sur l'indemnisation des employés de l'État
Loi sur l'indemnisation des marins marchands
Loi sur la défense nationale
Loi sur les pénitenciers
Loi sur les pensions
Loi sur la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada
Loi sur la réadaptation des anciens combattants

Dans la plupart des provinces, sauf en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta, sous réserve que toute condition d'enregistrement soit remplie, les résidents qui ont droit aux soins sont couverts d'office. En Ontario, lorsqu'il y a 15 personnes ou plus d'inscrites aux listes de paye, les employés du service en question sont obligatoirement couverts. Cette question est laissée à la discrétion de l'employeur dans les services qui comptent entre 6 et 14 employés; l'assurance est facultative pour le reste de la population. En Alberta, un particulier peut se retirer du régime à la fin de chaque année, mais une telle décision l'oblige à renoncer à la fois au régime provincial d'assurance-hospitalisation et au régime provincial de soins médicaux. La Colombie-Britannique offre un régime volontaire.

Virtually 100 per cent of the residents of Canada who were eligible for coverage under the Medical Care Program through the various provincial plans were insured in 1981-82.

This is the tenth fiscal year in which medical care insurance plans were in effect in all jurisdictions. The provincial plans have been operational for at least eleven years and in most instances for twelve or thirteen years.

The dates of entry of the provincial plans were as follows:

Newfoundland	April 1, 1969
Prince Edward Island	December 1, 1970
Nova Scotia	April 1, 1969
New Brunswick	January 1, 1971
Quebec	November 1, 1970
Ontario	October 1, 1969
Manitoba	April 1, 1969
Saskatchewan	July 1, 1968
Alberta	July 1, 1969
British Columbia	July 1, 1968
Yukon	April 1, 1972
Northwest Territories	April 1, 1971

Description of Financing Arrangements

Late in 1976, following several years of negotiations, the provinces and Canada agreed to new financial arrangements for medical care and hospital insurance, among other fiscal matters. This led to the enactment of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, (FPFA/EPF Act) assented to on March 31, 1977, which contains the formulae for calculating the yearly federal contributions to the provinces.

Commencing April 1, 1977, federal contributions to the provinces with respect to the established programs of hospital insurance, medical care and post-secondary education, are no longer directly related to provincial costs but take the form of a block fund that includes:

(a) The transfer to the provinces of tax points[1] and associated equalization;

(b) cash payments.

The total federal contributions for these programs are now, in general terms, based on the current escalated value of the 1975-76 federal contributions for the three programs.

The tax point transfer is achieved by way of a reduction in federal taxes which enables the provinces to make corresponding increases in provincial taxes without necessarily increasing the total tax burden on Canadians.

1 One personal income tax point is equal to one per cent of Federal Basic Tax and one Corporate Income Tax point is equal to one per cent of Corporate Taxable Income.

En 1981-1982, des résidents canadiens ayant droit aux services assurés du Programme de soins médicaux par l'entremise des différents régimes provinciaux, presque tous ont bénéficié de la garantie.

La présente marque la dixième année financière où il existe un régime de soins médicaux dans toutes les provinces. Les régimes provinciaux sont appliqués depuis au moins onze ans et, dans la plupart des cas, depuis douze ou treize ans.

Les régimes provinciaux se sont joints au programme fédéral aux dates suivantes:

Terre-Neuve	1er avril 1969
Île-du-Prince-Édouard	1er décembre 1970
Nouvelle-Écosse	1er avril 1969
Nouveau-Brunswick	1er janvier 1971
Québec	1er novembre 1970
Ontario	1er octobre 1969
Manitoba	1er avril 1969
Saskatchewan	1er juillet 1968
Alberta	1er juillet 1969
Colombie-Britannique	1er juillet 1968
Yukon	1er avril 1972
Territoires du Nord-Ouest	1er avril 1971

Description des accords de financement

À la fin de 1976, après plusieurs années de négociations, les provinces et le gouvernement du Canada ont convenu de conclure de nouvelles ententes financières pour l'assurance de soins médicaux et l'assurance-hospitalisation, entre autres questions. Ces ententes ont abouti à l'adoption de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, sanctionnée le 31 mars 1977, qui définit les formules utilisées dans le calcul des contributions fédérales annuelles versées aux provinces.

Depuis le 1er avril 1977, les contributions fédérales versées aux provinces, relativement aux programmes établis d'assurance-hospitalisation, de soins médicaux et d'études postsecondaires ne sont plus fonction immédiate des frais provinciaux, mais prennent plutôt la forme d'un financement global qui comprend:

a) le transfert aux provinces de points fiscaux[1] et de la péréquation qui s'y rattache;

b) des versements en espèces.

À l'heure actuelle, la contribution fédérale globale à ces programmes est essentiellement fondée sur la valeur relevée courante de la contribution fédérale de 1975-1976 aux trois programmes.

Le transfert de points fiscaux se fait grâce à une réduction des impôts fédéraux qui permet aux provinces de hausser leurs taux d'impôt sans nécessairement augmenter le fardeau fiscal dans son ensemble.

1 Un point d'impôt sur le revenu des particuliers est égal à 1 p. 100 de l'impôt fédéral de base et un point d'impôt sur le revenu des corporations est égal à 1 p. 100 du revenu imposable des corporations.

The formula for the cash payments is complex and five factors, which affect all provinces[2], are involved:

(a) 50 per cent of the national average per capita federal contributions to the provinces for the established programs in the base year 1975-76, plus the cash equivalent of one personal income tax point on a per capita basis ($7.63);[3]

(b) provincial population;

(c) an escalator consisting of a three-year moving average of the annual rate of the nominal growth of Gross National Product on a per capita basis;

(d) transitional payments to provinces where the tax transfer and associated equalization are less than the value of the basic cash contribution;

(e) levelling adjustments designed to ensure phased elimination of differences in per capita entitlement under the pre-EPF arrangements.[4]

The Minister of Finance allocates the federal cash contribution to each province among the three established programs on the basis of the proportion for the fiscal year 1975-76. The allocation is:

50.5% - Hospital Insurance Program
17.4% - Medical Care Program
32.1% - Post-Secondary Education Financing Program

La formule des versements en espèces est complexe et comporte cinq facteurs qui concernent toutes les provinces[2]:

a) 50 p. 100 de la moyenne nationale de la contribution fédérale par habitant accordée aux provinces, pour les programmes établis au cours de l'année de base 1975-1976, plus l'équivalent en espèces, pour chaque habitant, d'un point fiscal sur le revenu personnel (7,63 $)[3];

b) la population provinciale;

c) un facteur de progression, c'est-à-dire une moyenne mobile, calculée sur une période de trois ans, du taux nominal d'accroissement du produit national brut, par habitant;

d) des paiements de transition aux provinces lorsque les versements de transfert d'impôt et de péréquation sont inférieurs à la valeur de la contribution de base en espèces;

e) des redressements visant à éliminer progressivement les différences dans les contributions versées par habitant en vertu d'accords antérieurs à la Loi sur le financement des programmes établis[4].

Le ministre des Finances répartit la contribution fédérale en espèces accordée à chaque province entre les trois programmes établis, en fonction du prorata pour l'année financière 1975-1976. La répartition est la suivante:

50,5 p. 100 - Programme d'assurance-hospitalisation
17,4 p. 100 - Programme d'assurance de soins médicaux
32,1 p. 100 - Programme de financement des études postsecondaires

---

2 Québec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for Hospital Insurance, Medical Care, and Post-Secondary Education. This results in a lower per capita cash payment when compared to other provinces.

3 The cash equivalent of one personal income tax point as well as one corporate income tax point in the tax room transferred to the provinces, do not arise from health programs. They are part of an adjustment made to the provinces to settle the question of compensation for termination of the 1972 Tax Reform Guarantee Program and other issues which were outstanding at the time.

4 By 1980-81 levelling was complete.

2 La province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. C'est la raison pour laquelle le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces.

3 L'équivalent en espèces d'un point d'impôt sur le revenu des particuliers ainsi qu'un point fiscal sur le revenu de corporation du champ d'imposition cédé aux provinces n'ont pas été accordés à cause des programmes de santé. En effet, ces gains des provinces font partie de ce que le gouvernement fédéral leur a accordé pour compenser l'abolition du Programme de garantie - réforme fiscale 1972 et pour régler d'autres questions à l'époque.

4 Les redressements ont été achevés en 1980-1981.

The allocated cash contributions for the health programs are deemed to be the contributions payable under the Hospital Insurance and Diagnostic Services and the Medical Care Acts. The cash contributions are payable by the Minister of National Health and Welfare who is responsible to Parliament for ensuring that the provincial plans continue to meet the program criteria. Contributions are conditional upon the corresponding provincial hospital and medical care insurance plans continuing to meet the program criteria of the federal health insurance legislation respecting such matters as the comprehensiveness of insured services covered, universality of population covered, reasonable access to insured services without impediment by way of user charges or otherwise, portability, adequate standards of care and public administration on a non-profit basis. Under these financial arrangements, provinces now have greater flexibility in the use of their own funds and the federal contributions than that which pertained under direct cost sharing.

Also, under the EPF Act, as of April 1, 1977, the federal government is making additional equal per capita cash contributions to the provinces towards the cost of extended health care services not covered by the Medical Care and Hospital Insurance Programs. These services are: nursing home intermediate care, adult residential care, converted mental hospitals, home care (health aspects), and ambulatory health care services. The extended health care services contribution is estimated at $30.05 per capita or $731.5 million, overall for 1981-82, and is subject to yearly escalation in the same manner as the basic cash contributions. The only condition of payment for the extended health care services program is that the provinces furnish to the Minister of National Health and Welfare such information as is reasonably required by Canada to carry out its international obligations, for the planning and achieving of national standards, and for mutually useful exchanges of information between Canada and the provinces in relation to health care.

Program Changes and Developments

The rendering of charges by medical practitioners that are in excess of provincial plan benefit levels (extra-billing) continued to be a prominent public issue.

Discussions concerning a proposal to ban extra-billing received various reactions throughout the provinces.

There are significant differences in the ways provinces and their physicians approach extra-billing. Four broad categories of arrangements exist in the ten provinces and two territories of Canada.[5]

---

5 The following arrangements existed during the fiscal year 1981-82. Changes have occurred since the passage of the Canada Health Act.

Les contributions en espèces affectées aux programmes de santé sont considérées comme étant payables en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la Loi sur les soins médicaux. Ces contributions en espèces doivent être versées par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social qui est chargé par le Parlement de s'assurer que les régimes provinciaux continuent de satisfaire aux critères du Programme. Ces contributions sont conditionnelles, en ce sens que les régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux doivent continuer de satisfaire aux critères de la Loi fédérale sur l'assurance-santé concernant des points comme la garantie tous risques des services assurés couverts, l'application universelle de la garantie à tous les résidents assurables, l'accès raisonnable aux services assurés sans qu'il soit entravé par des frais d'utilisation excessifs ou d'autres dispositions, la transférabilité des prestations, des normes suffisantes en matière de soins, et l'administration sans but lucratif assurée par un organisme public. En vertu des nouveaux accords financiers, les provinces jouissent maintenant d'une plus grande souplesse quant à l'utilisation de leurs propres fonds et des contributions fédérales que dans le contexte du partage direct des frais.

De plus, en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis, le gouvernement fédéral verse aux provinces, depuis le 1er avril 1977, des contributions supplémentaires en espèces, soit une somme équivalente pour chacune de celles-ci, calculée selon une formule par habitant, afin de les aider à assumer les frais de certains services complémentaires de santé non prévus par les Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation. Il s'agit des services suivants: les soins courants en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les hôpitaux psychiatriques convertis, les soins à domicile (l'aspect santé) et les soins ambulatoires. La contribution relative aux services complémentaires de santé est évaluée à 30,05 $ par habitant, ce qui représente un montant global de 731,5 millions de dollars pour l'année 1981-1982, et elle augmentera annuellement de la même manière que les autres contributions en espèces de base. La seule condition de paiement dans le cadre du programme de services complémentaires de santé est que les provinces fournissent au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social les données dont a besoin le gouvernement du Canada pour s'acquitter de ses obligations internationales, élaborer et appliquer des normes nationales et assurer un échange efficace de renseignements avec les provinces en matière de services de soins de santé.

Changements aux programmes et nouveaux faits

La question des frais facturés par les médecins en sus des tarifs fixés par les régimes provinciaux (facturation supplémentaire) a continué d'être une préoccupation majeure pour le gouvernement.

Les débats concernant le projet d'abolition de la surfacturation ont pris une tournure différente d'une province à l'autre.

Il existe d'énormes différences dans la façon dont les provinces et leurs médecins abordent la surfacturation. Il se dégage quatre grandes catégories d'arrangements dans les dix provinces et les deux territoires du Canada[5].

---

5 Ces arrangements étaient en vigueur pendant l'année fiscale 1981-1982. Certains changements sont survenus suite à l'adoption de la Loi canadienne sur la santé.

Table 1 shows the estimated dollar value of extra-billing for the years 1981 and 1982. The figures are estimates as several provincial plans do not require that their physicians report the amount of extra-billing to the plan.

Table 1

Estimated dollar value of Extra-Billing ($millions)[6]

	1981	1982
Nfld.	0.05	0.03
P.E.I.	0.10	0.05
N.B.	0.20	0.20
N.S.	3.10	3.40
Que.	Nil	Nil
Ont.	44.20	48.80
Man.	1.10	1.20
Sask.	2.20	2.30
Alta.	9.90	14.50
B.C.	Nil	Nil
N.W.T.	Nil	Nil
Yukon	Nil	Nil
	60.85	70.48

(a) No extra-billing: In Québec, the provincial law prohibits extra-billing. In British Columbia, virtually no extra-billing occurs, although physicians are provided with an "opting-out" mechanism which would allow them to extra-bill if they so choose. "Opted-in" physicians may charge amounts additional to plan benefits in situations where the patient requires unusual time-consuming services over that which is anticipated by the Schedule of Costs (payment schedule). In British Columbia as in several other provinces, specialists attending non-referred patients may bill for the differential between the specialist's fee for the service and the general practitioner rate, but the total charge may not exceed the recognized provincial plan payment schedule. All Yukon and North West Territories' medical practitioners are "opted-in" to their plans, thus accepting territorial plan payment as payment in full for all insured services.

(b) Practice Streaming: This refers to the situation where each physician must choose to "opt-in" and bill the provincial plan for all his patients, or to "opt-out" for all his patients (with some exceptions). In Ontario, extra-billing is restricted to physicians who have "opted-out" for all patients, with the exception that the plan can be billed by those physicians for certain specified classes of patients, and services rendered in institutions under certain conditions. In Manitoba, the arrangements are similar, except that "opted-out"

6 Health Information Division
Information Systems Directorate
Policy, Planning and Information Branch
Department of National Health and Welfare

Le tableau 1 indique la valeur estimative en dollars de la surfacturation en 1981 et 1982. Les chiffres représentent des estimations, étant donné que plusieurs régimes provinciaux n'exigent pas de leurs médecins qu'ils fassent état du montant de la surfacturation au régime.

Tableau 1

Valeur estimative en dollars de la surfacturation (millions de $)[6]

	1981	1982
T.-N	0,05	0,03
Î.-P.-É.	0,10	0,05
N.-B.	0,20	0,20
N.-É.	3,10	3,40
Qué.	Nil	Nil
Ont.	44,20	48,80
Man.	1,10	1,20
Sask.	2,20	2,30
Alb.	9,90	14.50
C.-B.	Nil	Nil
T.N.-O.	Nil	Nil
Yukon	Nil	Nil
	60,85	70,48

a) Aucune surfacturation: Au Québec, la surfacturation est interdite par la loi. En Colombie-Britannique, elle n'existe pratiquement pas, bien que les médecins disposent d'un mécanisme de désengagement qui leur permettrait, s'ils le veulent, d'avoir recours à la surfacturation. Les médecins qui ont choisi d'adhérer au régime peuvent exiger des montants supplémentaires lorsqu'un patient requiert des soins beaucoup plus longs que d'habitude par rapport à ce qui est prévu dans le Tarif (barème des honoraires). En Colombie-Britannique, comme dans plusieurs autres provinces, les spécialistes qui prennent soin de patients qui ne leur ont pas été adressés peuvent établir une facture représentant la différence entre les honoraires versés au spécialiste et ceux que reçoit l'omnipraticien pour le même service, mais le montant total exigé ne doit pas dépasser le tarif reconnu qui figure dans le barème des honoraires du régime provincial. Dans le cas du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, puisque les médecins qui y pratiquent adhèrent aux régimes de ces territoires, ils acceptent donc les honoraires que leur versent ces régimes en guise de paiement intégral pour l'ensemble des services assurés.

b) Systématisation de la pratique : il s'agit de la situation dans laquelle chaque médecin doit choisir d'adhérer au régime provincial et facturer ce dernier pour tous ses patients, ou doit se désengager entièrement (sous réserve de quelques exceptions). En Ontario, la surfacturation est réservée aux médecins qui se sont désengagés à l'égard de tous leurs patients, sauf qu'ils peuvent facturer le régime pour certaines catégories données de patients et certains services fournis en établissements dans certaines conditions. Au

6 Division d'information sur la santé
Direction des systèmes d'information générale de la politique, de la planification et de l'information
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

physicians are more limited in respect of exceptions where the provincial plan may be billed. In Newfoundland, "opted-out" physicians must bill their patients directly for all insured services, without exceptions.

(c) "Opting-Out" on a Case-by-Case Basis: In this case a physician is free to bill either the plan or the patient for some or all services provided. Both the plan and the patient cannot be billed for the same service. Extra-billing may occur only in respect of services billed to patients. In Saskatchewan, direct billing of the patient may involve extra-billing without advance notification, but the amount must be reported to the province. In New Brunswick, direct billing of the patient must be preceded by an "opting-out notification" and the amount made known to the provincial plan. A physician in P.E.I. who "opts-out" on a case-by-case basis must give prior notice, obtain agreement from the patient and notify the plan of the amount of extra-billing. However, a physician who "opts-out" for all his patients does not have to report the amount to the plan.

(d) Billing Both Plan and Patient for Same Service: In this case, the physician may bill either the plan, the patient, or both for any service. In Alberta, there is no distinction between "opting-out" and "opting-in". However, a patient must agree in advance to extra-billing and the physician must inform the provincial plan of the amount of extra-billing. In Nova Scotia, "opted-out" physicians who bill the provincial plan must advise the patient in advance, have written agreement by the patient, and report the amount to the plan. A physician may "opt-out" for all his patients and bill them directly. Any amount of billing above tariff does not have to be reported.

Report of the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements

As mentioned in the 1980-81 Medical Care Annual Report, the Medical Care Program came under the purview of the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements.[7] The Special Committee chaired by Mr. Herb Breau was established on February 5, 1981 and charged to:

Manitoba, il existe des dispositions semblables, sauf que les médecins désengagés sont plus limités pour ce qui est des cas exceptionnels dans lesquels le régime provincial peut être facturé. Les médecins désengagés de Terre-Neuve doivent facturer leurs patients directement pour tous les services assurés, sans exception.

c) Désengagement selon les cas : dans ce cas-ci, un médecin peut facturer soit le régime, soit le patient pour une partie ou l'ensemble des services fournis. Le régime et le patient ne peuvent être facturés pour le même service. La surfacturation ne peut s'appliquer qu'aux services facturés aux patients. En Saskatchewan, la facturation directe du patient peut comprendre une surfacturation sans avis préalable, mais le montant doit être déclaré à la province. Au Nouveau-Brunswick, avant de facturer directement des services à un patient, le médecin doit avertir ce dernier qu'il s'est "désengagé" et déclarer au régime provincial le montant exigé. À l'Île-du-Prince-Édouard, un médecin qui choisit de se désengager dans certains cas, doit au préalable avertir le patient, obtenir son consentement et aviser le régime du montant de la surfacturation. Toutefois, un médecin qui s'est désengagé entièrement n'a pas à signaler le montant au régime.

d) Facturation à la fois du régime et du patient pour le même service : dans ce cas-ci, le médecin peut facturer soit le régime, soit le patient, soit les deux pour un service quelconque. L'Alberta ne fait pas de distinction entre le désengagement et l'engagement d'un médecin. Toutefois, un patient doit accepter d'avance la surfacturation, et le médecin doit informer le régime provincial du montant exigé. En Nouvelle-Écosse, les médecins désengagés qui facturent le régime provincial doivent en informer d'avance le patient et obtenir de lui un consentement écrit, puis déclarer le montant au régime. Un médecin peut se désengager à l'égard de tous ses patients et les facturer directement. Tout montant dépassant le tarif n'a pas à être déclaré.

Rapport du Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces

Tel que mentionné dans le rapport annuel sur les soins médicaux 1980-1981, le programme de soins médicaux relève du Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces[7]. Le Comité spécial fut constitué le 5 février 1981, sous la direction de Monsieur Herb Breau, et son mandat se lit comme suit :

---

7 Federal Fiscalism in Canada
Report of the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Arrangements, House of Commons, Canada, August 1981.
p.p. xi-xvii.

7 Le fédéralisme fiscal au Canada
Rapport du Groupe de travail parlementarire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, août 1981.
p. xi-xvii.

"examine the programs authorized by the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, focussing, in particular, on fiscal equalization, the tax collections agreements, the Canada Assistance Plan, and Established Programs Financing; and that this examination take place within the context of the government's expenditure plan as set out in the October 28, 1980 budget."

Que le Comité étudie les programmes autorisés par la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis en s'occupant en particulier de la péréquation, des accords de perception fiscale, du Régime d'assistance publique du Canada et du financement des programmes établis et que cette étude se fasse dans le contexte du plan des dépenses du gouvernement exposé dans le budget du 28 octobre 1980.

The report, entitled "Fiscal Federalism In Canada," was released in August 1981 after public hearings were held throughout the country. The Task Force was the first Committee ever formed which included public opinion and active parliamentary involvement in the process of negotiation, leading to renewed fiscal arrangements.

Suite à des audiences publiques tenues à travers le pays, le rapport intitulé "Le fédéralisme fiscal au Canada" fut publié au mois d'août 1981. Pour la première fois dans l'histoire du Canada, le Groupe de travail fit appel à l'opinion publique et obtenut la participation active du Parlement.

The Task Force reached numerous conclusions and made recommendations with regard to the health care system. The Committee:

Plusieurs conclusions ont été tirées et certaines recommandations furent soumises en ce qui a trait au système de santé. Entre autres, le Groupe de travail :

- concluded that further transfers of revenue sources, or tax room, to provincial governments would not be appropriate;

- conclut que de nouveaux transferts de sources des recettes ou "d'espace fiscal" aux provinces ne constituent pas la réponse appropriée à cette question;

- concluded that in aggregate, and in present circumstances, federal government funding for health care services in Canada appears to be generally adequate;

- conclut que, dans l'ensemble et dans les conditions actuelles, le financement des services de santé par le gouvernement fédéral semble être généralement suffisant;

- recommended that the division of the EPF program transfer be allocated to the health and post-secondary components in the proportions established in 1977, and that funds earmarked for each program area not be useable for other purposes;

- recommande que le transfert de FPE relatif aux programmes soit réparti entre les éléments santé et enseignement postsecondaire dans les proportions établies en 1977, et que les fonds "affectés" à chaque programme ne puissent être utilisés à d'autres fins;

- recommended that per capita entitlements for the proposed health package for 1982-83 be established as 67.9 per cent of the 1981-82 EPF program transfers plus the escalated (1981-82) value of the original $20 transfer for Extended Health Care, plus the agreed portion of the fiscal transfer associated with termination of the revenue guarantee, the total to be escalated as in the existing arrangements by the EPF escalator from 1981-82 to 1982-83;

- recommande que les droits par tête, pour le financement proposé de la santé en 1982-1983, soient fixés à 67,9 p. 100 des transferts de programme du FPE de 1981-1982, plus la valeur relevée (1981-1982) du transfert primitif de 20 $ au titre des services complémentaires de santé, plus la partie convenue du transfert fiscal correspondant à l'arrêt de la garantie de recettes, le tout devant être relevé, comme dans les accords actuels, en fonction du facteur de progression du FPE de 1981-1982 à 1982-1983;

- recommended that the present provisions of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing (EPF) Act, 1977, respecting the health system, be renewed essentially in their present form, with a requirement for three years' notice before termination or unilateral amendment, and with no notice possible before April 1, 1984;

- recommande que les dispositions de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis concernant le système de santé soient renouvelées sous leur forme actuelle pour l'essentiel, avec obligation de préavis de trois ans pour toute résiliation ou modification unilatérale et impossibilité de donner ce préavis avant le 1er avril 1984;

- recommended that after consultation with provincial governments, the Minister of National Health and Welfare undertake a consolidation of the existing legislation - the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, the Medical Care Act and the relevant sections of the Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act covering extended health care in order to establish clear program conditions supported by explicit criteria against which satisfaction of those program conditions can be monitored. The Task Force would expect provisions be included for some withholding of federal

- recommande que, après consultation des gouvernements provinciaux, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social entreprenne une refonte de la législation actuelle - Loi sur l'assurance - hospitalisation et les services diagnostiques, Loi sur les soins médicaux et dispositions de la Loi sur les accords fiscaux et le financement des programmes établis touchant les services complémentaires de santé - afin d'établir des conditions de programme claires s'appuyant sur des critères explicites qui permettent de contrôler le respect de ces conditions de programme. Le Groupe de travail

financial support to provincial plans that do not fully meet those conditions as interpreted in this report;

- concluded that retention of the present block-funding arrangements with stricter conditions, monitoring and enforcement mechanisms, would provide an effective mechanism to ensure compliance with national program conditions;

- concluded that hospital and medical care premiums constitute a regressive form of taxation and that their use for financing a service as basic as health care is regrettable;

- agreed that, for reasons of both principle and practicality, user charges should be discouraged;

- recommended that doctors who either bill a provincial medical plan directly, or whose patients are reimbursed by the plan, not be allowed to charge fees in excess of those permitted under the plan's approved fee schedule and concurred with the recommendations of the Honorable Emmett Hall that:

"The Medical Care Act should be revised to provide:

1) That extra-billing by physicians inhibits reasonable access to services and is contrary to the intent and purposes of the Act;

2) That the provinces should develop mechanisms to ensure reasonable compensation to physicians:

"when negotiations fail and an impasse occurs, the issues in dispute must be sent to binding arbitration, to an arbitration board consisting of three persons, with an independent chairperson to be named by the Chief Justice of the relevant province and one nominee from the profession and one from the government;"

- the Task Force recommended that, following federal-provincial negotiations, any plan that does not meet fully all the criteria outlined in Judge Hall's recommendations be ineligible for full federal financial support under EPF; and

- concluded that with respect to equalization payments, the principle of equalization should continue to be pursued through direct federal payments to provincial governments, and that these payments should be unconditional.

Selected Changes in Provincial Plans

Surveillance of legislative and regulatory changes in the various provincial plans continued. While there was concern expressed about the effects of extra-billing, premiums, and

s'attendrait à voir adopter des dispositions permettant de retenir une partie des transferts fédéraux aux régimes provinciaux qui ne satisfont pas entièrement aux conditions évoquées dans ce rapport;

- conclut que, pour mettre au point, un mécanisme efficace permettant de veiller au respect des normes nationales de programme, il convient de conserver la méthode actuelle de financement global en l'assortissant de conditions et de mécanismes de surveillance et d'application plus rigoureux;

- conclut que les primes d'assurance hospitalière et médicale constituent une forme régressive d'imposition et qu'il est regrettable qu'on y ait recours pour financer un service aussi essentiel que la santé publique;

- est d'avis que, pour des raisons à la fois de principe et d'ordre pratique, il convient de décourager la facturation des usagers des services hospitaliers;

- recommande que les médecins qui facturent directement un régime provincial d'assurance médicale ou dont les patients sont remboursés par ce régime ne soient pas autorisés à facturer des honoraires supérieurs au barème approuvé du régime et souscrit aux recommandations du juge Hall selon lesquelles:

"il conviendrait d'amender la Loi sur les soins médicaux pour stipuler:

1) que la surfacturation appliquée par les médecins empêche le public d'avoir un accès raisonnable aux services et qu'elle est contraire à l'intention et à l'objet de la Loi;

2) que les provinces prévoient un mécanisme afin que les médecins soient raisonnablement rétribués:

"que, lorsque les négociations échouent et qu'elles aboutissent à une impasse, les points de litige doivent être soumis à des fins d'arbitrage obligatoire, à un conseil d'arbitrage composé de trois personnes : un président indépendant, nommé par le juge en chef de la province en cause et deux personnes désignées pour représenter respectivement la profession médicale et le gouvernement;"

- le Groupe de travail recommande que, après des négociations fédérales-provinciales, tout régime qui ne répond pas entièrement aux critères susmentionnés tirés des recommendations soumises par le juge Hall ne donne pas droit à une aide financière intégrale dans le cadre du FPE; et

- conclut que le principe de la péréquation devrait continuer d'être mis en pratique sous forme de paiements faits directement par le gouvernement fédéral aux provinces, et ce, sans condition.

Certains changements apportés aux régimes provinciaux

La surveillance des modifications apportées aux lois et aux règlements des différents régimes provinciaux s'est poursuivie. Malgré les inquiétudes exprimées au sujet de la surfactura-

problems of eligibility and portability, all provinces continued to adhere to the conditions of the Act. The Department of National Health and Welfare continued to follow up with the provinces concerning all allegations to the contrary which came to its attention.

Changes which occurred in provincial plans during the fiscal year include the following:

- Effective July 1, 1981, premiums for the Medical Services Plan of British Columbia were raised from $8.50 to $11.50 per month for a single person, from $17.00 to $23.00 for a couple and from $21.25 to $28.75 for families of three or more.

- In British Columbia, during the month of June 1981, some isolated extra-billing by "opted-in" practitioners occurred as the previous agreement between the province and its medical associations terminated and was not immediately succeeded by a new agreement. The province passed Bill 16 on June 26, 1981, which precludes extra-billing by "opted-in" physicians upon termination of an agreement.

- Effective July 1, 1981, premiums for the Alberta Health Care Insurance Plan were raised from $8.65 to $9.50 for single persons and from $17.30 to $19.00 for families.

- Effective July 1, 1981, Saskatchewan reorganized its long-term care program and shifted the responsibility for the program administration from the Department of Health to the Department of Social Services. Thus, long term care services ceased to be an insured benefit under the provincial health insurance plan and patients were required to pay a monthly charge which is standardized throughout the province.

- Effective July 1, 1981, Yukon implemented a Pharmacare program. The Plan covers prescription drugs for persons 65 years of age and over, and their spouses of 60 years of age and over.

- In Quebec, Bill 27, an Act to amend various legislation in the field of health and social services was passed on December 19, 1981. The amendments include measures aimed at encouraging more doctors to work in remote regions and allows the government greater flexibility in controlling overall health care costs.

The Appendix contains a tabular summary of provincial medical care and hospital insurance plans, as of January 1, 1982. It should be noted, however, that this information is subject to change. Detailed descriptions of each provincial medical care insurance plan may be obtained from the Director, Coordination and Communications, Health Insurance Directorate, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, K1A 1B4.

tion, des primes et des problèmes d'admissibilité et de transférabilité, toutes les provinces ont continué à satisfaire aux exigences de la loi. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a poursuivi sa surveillance auprès des provinces lorsqu'il soupçonnait que ces exigences n'étaient pas respectées.

Les changements apportés aux régimes provinciaux au cours de l'année financière sont les suivants:

- Le 1er juillet 1981, la Colombie-Britannique a haussé les primes de son régime de services médicaux de 8,50 $ à 11,50 $ pour une personne seule, de 17 $ à 23 $ pour un couple et de 21,25 $ à 28,75 $ pour une famille de trois personnes ou plus.

- En Colombie-Britannique, l'accord entre la province et les associations médicales au sujet de la surfacturation par les médecins qui participent au régime provincial d'assurance-santé, se terminait en juin 1981. Durant le délai de renégociation d'une nouvelle entente, quelques cas isolés de surfacturation par des médecins participants sont survenus. Par conséquent, le 26 juin 1981, la province adoptait le projet de loi 16, lequel prévient la surfacturation par les médecins participants lors de la terminaison d'une entente.

- Le 1er juillet 1981, l'Alberta a haussé les primes de son régime d'assurance-maladie de 8,65 $ à 9,50 $ pour une personne seule, et de 17,30 $ à 19 $ pour une famille.

- Le 1er juillet 1981, la Saskatchewan a réorganisé son programme de soins à long terme et a passé la responsabilité d'administrer ce programme du ministère de la Santé au ministère des Services sociaux. Ainsi, les services de soins à long terme ne sont plus couverts sous le régime provincial d'assurance-santé et les patients sont tenus de payer un montant mensuel qui est le même à travers la province.

- Le 1er juillet 1981, le Yukon a établi un programme de médicaments. Ce programme couvre le coût des ordonnances médicales pour les personnes âgées de 65 ans et plus, et pour leurs conjoints âgées de 60 ans et plus.

- Au Québec, le projet de loi 27, loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux, a reçu la sanction royale le 19 décembre 1981. Parmi les modifications apportées par cette loi, notons l'inclusion de mesures d'incitation afin d'amener les médecins à travailler dans les régions éloignées et une plus grande latitude accordée au gouvernement en ce qui a trait au contrôle des coûts des services de santé.

L'annexe comprend un tableau récapitulatif des régimes provinciaux de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation, au 1er janvier 1982. Il est à noter, toutefois, que ces renseignements sont variables. Il est possible d'obtenir une description détaillée de tous les régimes provinciaux de soins médicaux en s'adressant au directeur, Coordination et communications, Direction de l'assurance-santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

Medical Care Program - Administration

The purpose of the Medical Care Act is to ensure that all residents of Canada have access to necessary care on a pre-paid basis by authorizing the federal government to provide financial assistance to the provinces. To do this effectively, the program has been organized on the basis of three interrelated activities:

1. Administration of the Medical Care Act.

2. Provision of advisory services to the provinces on various aspects of the provincial medical care insurance plans.

3. Conducting studies, and providing technical and professional consultative services to the provinces and other appropriate bodies on the planning, delivery and utilization of medical services.

The Health Services and Promotion Branch is responsible for the administration of the Medical Care Act, the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, and the program for Extended Health Care Services. Other responsibilities of the Branch include conducting studies and providing advice on health care services and related matters, administration of the National Health Research and Development Program, the development of health standards and guidelines, and health promotion activities.

The Health Insurance Supplementary Fund, which is also administered by the Health Services and Promotion Branch, provides for the payment of claims for the insured services of the Medical Care and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Acts for residents of Canada who have been unable to obtain coverage or have lost coverage through no fault of their own. No claims were paid during 1981-82. After replenishment of the Fund by the provinces and the government of Canada, the closing balance, as of March 31, 1982, was $56,230.70.

Selected Activities

The Health Resources Directorate continued administering the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act, and monitoring the provincial health insurance programs, while preparing for forthcoming negotiations with the provinces concerning a new Canada Health Act to replace these Statutes.

The Health Resources Fund Act, which provided financial support for the capital development of health manpower training and research facilities was terminated in 1980, with final payments being made in the 1981-82 fiscal year. Planning, monitoring and evaluation of activities were carried out in cooperation with provincial departments and professional associations to examine health manpower training, supply, requirements, distribution and utilization.

The federal-provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services met twice during the year. The Committee consists of senior provincial health insurance plan officials, as well as representatives of the federal government.

Programme de soins médicaux - Administration

La Loi sur les soins médicaux a pour objet de garantir à tous les habitants du Canada l'accès aux soins médicaux nécessaires, à paiement anticipé et d'autoriser à cette fin le gouvernement fédéral à fournir aux provinces une aide financière. Pour garantir son efficacité, le programme a été élaboré de façon à couvrir trois domaines d'activités apparentées:

1. l'application de la Loi sur les soins médicaux;

2. la création de services consultatifs, destinés aux provinces, sur les divers aspects des régimes provinciaux de soins médicaux;

3. la conduite d'études et la création de services consultatifs d'ordre technique et professionnel, destinés aux provinces et aux organismes intéressés, dans les domaines de la planification, de la distribution et de l'utilisation des services médicaux.

La Direction générale des services et de la promotion de la santé est chargée de surveiller l'application de la Loi sur les soins médicaux, de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, et du Programme des services complémentaires de santé. Elle entreprend des études, fournit des services de consultation dans le domaine des soins et services de santé et d'autres sujets connexes, gère le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, et voit à la création de normes et de lignes de conduite dans le domaine de la santé et à l'organisation des activités de promotion de la santé.

La Caisse supplémentaire d'assurance-santé, gérée par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, prévoit le paiement d'indemnités, pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, aux habitants du Canada qui n'ont pu obtenir la protection ou qui ont perdu leur droit à celle-ci sans que ce soit de leur faute. Au cours de l'année 1981-1982, aucuns versements n'ont été effectués. Les provinces et le gouvernement du Canada ayant renfloué la Caisse, le solde au 31 mars 1982 était de 56 230,70 $.

Activités d'intérêt

La Direction des ressources en santé a continué à appliquer la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques ainsi que la Loi sur les soins médicaux. Elle a également continué à contrôler les programmes provinciaux d'assurance-maladie, tout en préparant les prochaines négociations avec les provinces, relativement à la nouvelle Loi sur la santé au Canada qui doit remplacer ces différentes mesures législatives.

La Loi sur la Caisse d'aide à la santé qui prévoyait une aide financière à la constitution du fonds d'immobilisation des installations de recherche et de formation de la main-d'oeuvre de la santé a été abrogée en 1980, et les derniers paiements ont été effectués au cours de l'exercice financier 1981-1982. Les activités de planification ainsi que de contrôle et d'évaluation ont été accomplies en collaboration avec les ministères provinciaux et les associations professionnelles aux fins d'examen de la formation, de la disponibilité, des besoins, de la répartition et de l'utilisation de la main-d'oeuvre sanitaire.

Le Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement s'est réuni deux fois cette année. Le Comité est composé de dirigeants provinciaux des régimes d'assurance-santé ainsi que de représentants du gouvernement fédéral.

Items of particular interest discussed at these meetings include:

- the standard out-patient rates for insured services provided in other provinces;
- reciprocal billing arrangements between provinces for hospital in-patient and out-patient services;
- a proposal by the CHA to develop guidelines for hospital management information systems;
- the Federal-Provincial Agreement on Eligibility and Portability;
- budget allocation for the Canadian Red Cross Society's National Blood Program and the Canadian Standards Association Health Care Technology Program;
- Health Insurance Coverage for dependents of NATO personnel residing in Canada;
- the hospital per diem rate in each province;
- physicians income study;
- payment arrangements for out-of-province medical services;
- the development of a computerized health facilities planning system;
- staffing methodologies project for Canadian hospitals;
- the development of guidelines on special services in hospitals.

Financial Experience

During the fiscal year 1981-82, federal payments made with respect to the Medical Care Program under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 to the provinces totalled $907,692,000.

Payments by Canada to the provinces for the fiscal years 1977-78 to 1981-82 are detailed in Table 1. These represent payments under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, and include compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program. Table 2 details advance payments for these years, but excludes Revenue Guarantee Compensation payments. Table 3 deals with contributions by Canada to the provinces; these data also exclude the Revenue Guarantee Compensation payments. These consisted of a combination of tax room transfers to the provinces and cash, as explained under the "Description of Financing Arrangements" section of this report.

Parmi les questions soulevées pendant ces réunions, mentionnons :

- les tarifs des services assurés des consultations externes fournies dans d'autres provinces;
- les accords entre les provinces concernant la facturation réciproque des services aux malades hospitalisés et des services de consultation externe;
- une proposition de l'Association des hôpitaux du Canada concernant la formulation de directives pour des sytèmes normalisés d'information de gestion dans les hôpitaux;
- l'accord fédéral-provincial concernant l'admissibilité et la transférabilité de l'assurance-hospitalisation et l'assurance maladie;
- l'affectation du budget du Programme national de transfusion sanguine de la Société canadienne de la Croix-Rouge et du Programme de technologie sanitaire de l'Association canadienne de normalisation;
- la couverture des services assurés pour les personnes à charge du personnel de l'OTAN résidant au Canada;
- le tarif journalier établi dans les hôpitaux de chaque province;
- une étude sur le revenu des médecins;
- les accords de paiement des services médicaux dispensés dans une autre province;
- le développement d'un système informatisé de planification des établissements de santé;
- le projet de procédures d'embauche du personnel pour les hôpitaux canadiens;
- l'élaboration de directives concernant les services hospitaliers spéciaux.

Rapport financier

Au cours de l'année financière 1981-1982, les versements fédéraux aux provinces, en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, se sont chiffrés à environ 907 692 000 $.

Les versements du Canada aux provinces pour les années financières de 1977-1978 à 1981-1982 sont indiqués au tableau 1. Ces chiffres représentent les versements faits en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, et comprennent, le cas échéant, les indemnités versées en raison de la terminaison du Programme de revenus garantis de 1972. Le tableau 2 indique les versements anticipés pour ces années financières, mais ne comprend pas les indemnités relatives au Programme de revenus garantis. Le tableau 3 porte sur les contributions du Canada aux provinces mais ces données ne comprennent pas les indemnités du Programme de revenus garantis. Ces contributions sont faites sous forme de transferts de champs d'imposition aux provinces et de versements en espèces, comme l'explique la rubrique "Description des accords de financement" du présent rapport.

Table 1
Medical Care Program
Payments by Canada to Provinces in Fiscal Years 1977-78 to 1981-82

Tableau 1
Programme de soins médicaux
Versements du Canada aux provinces pour les années financières 1977-1978 à 1981-1982

	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82
Newfoundland/Terre-Neuve	$ 15,241,534	$ 19,052,000	$ 22,560,000	$ 24,401,000	$ 25,626,000
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard	2,964,271	3,917,000	4,909,000	5,194,000	5,437,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	23,714,381	28,665,000	33,409,000	36,324,000	37,489,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	18,036,037	23,100,000	28,005,000	29,738,000	31,082,000
Quebec/Québec(1)	140,026,476	166,626,000	175,114,000	170,823,000	178,692,000
Ontario	229,277,889	276,887,000	315,750,000	337,230,000	359,385,000
Manitoba	29,676,643	35,149,000	41,357,000	44,661,000	45,075,000
Saskatchewan	25,588,448	31,867,000	38,379,000	40,954,000	42,898,000
Alberta	52,440,241	56,494,000	63,028,000	69,562,000	81,542,000
British Columbia/Colombie-Britannique	59,445,465	73,635,000	92,223,000	98,230,000	97,910,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	579,229	576,000	688,000	741,000	846,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,361,693	1,576,000	1,613,000	1,749,000	1,710,000
Canada	$598,352,307	$717,544,000	$817,035,000	$859,607,000	907,692,000
Consisting of:/Comprenant:					
a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year;/les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours(2); and/et	$574,462,000	$707,145,000	$814,520,000	$892,034,000	$943,995,000
b) Adjustment payments with respect to the previous fiscal years/les paiements de redressement pour les années financières précédentes	23,890,307(3)	10,399,000(2)	2,515,000(2)	(32,427,000)(2)	$(36,303,000)(2)
Total Payments/Sommes globales	$598,352,307	$717,544,000	$817,035,000	$859,607,000	$907,692,000

(1) The cash payment to Quebec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under section 7 of the EPF Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for Hospital Insurance, Medical Care and Post-Secondary Education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer.
Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. S'il en est ainsi, c'est qu'en vertu de l'article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province de Québec avant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'impôts dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts.

(2) Represents payments under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, which are deemed to be payments within the meaning of the Medical Care Act.
Comprend les paiements versés en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis et considérés comme des paiements aux termes de la Loi sur les soins médicaux.

(3) Represents final payments under section 6 of the Medical Care Act, 1966-67.
Comprend les derniers paiements versés en vertu de l'article 6 de la Loi sur les soins médicaux, 1966-1967.

Table 2
Medical Care Program
Advance Payments by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1977-78 to 1981-82
Excluding compensation for the termination of the 1972
Revenue Guarantee Program

Tableau 2
Programme de soins médicaux
Versements anticipés du Canada aux provinces pour les années financières 1977-1978 à 1981-1982
Excluant la compensation pour la terminaison du Programme de revenu garanti de 1972

	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82
Newfoundland/Terre-Neuve	$ 13,732,000	$ 16,832,000	$ 19,752,000	$ 21,198,000	$ 24,772,000
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard	2,715,000	3,495,000	4,277,000	4,609,000	5,257,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	21,839,000	25,742,000	29,547,000	31,694,000	36,244,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	16,870,000	20,642,000	24,299,000	26,106,000	30,049,000
Quebec/Québec(1)	122,350,000	131,901,000	145,647,000	150,991,000	171,395,000
Ontario	209,930,000	246,639,000	280,527,000	303,416,000	344,839,000
Manitoba	28,165,000	32,311,000	36,122,000	38,458,000	43,598,000
Saskatchewan	24,007,000	28,706,000	33,417,000	36,040,000	41,431,000
Alberta	42,461,000	50,873,000	61,235,000	69,771,000	77,690,000
British Columbia/Colombie-Britannique	53,633,000	66,050,000	78,289,000	86,543,000	98,154,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	460,000	556,000	662,000	727,000	787,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	1,171,000	1,320,000	1,514,000	1,562,000	1,745,000
Canada	$537,333,000	$625,067,000	$715,288,000	$771,115,000	$875,961,000
Consisting of:/Comprenant:					
a) Advance payments on estimated contributions for the current fiscal year:/les versements anticipés sur les contributions pour l'année financière en cours(2); and/et	$537,333,000	$625,067,000	$715,288,000	$771,115,000	$875,961,000
b) Adjustment payments with respect to the previous fiscal years/les paiements de redressement pour les années financières précédentes (4)	$ 23,890,307(3)	$ 10,399,000(2)	$ 2,515,000(2)	$(32,427,000)(2)	$(36,303,000)(2)
Total Payments/Sommes globales	$561,223,307	$635,466,000	$717,803,000	$738,688,000	$839,658,000

(1) The cash payment to Quebec is lower on a per capita basis compared with other provinces. The reason for this is that under section 7 of the EPF Act, 1977, Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points on a fiscal year basis for Hospital Insurance, Medical Care and Post-Secondary Education. The value of these points is (1) subtracted from the cash transfer to Quebec before the residual is allocated among the three established programs and (2) added to the tax transfer for the purpose of determining the sum of the cash and tax transfer.
Le paiement en espèces par habitant est moins élevé au Québec que dans les autres provinces. S'il en est ainsi, c'est qu'en vertu de l'article 7 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, la province de Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points fiscaux sur le revenu des particuliers et calculé selon l'année financière pour l'assurance-hospitalisation, les soins médicaux et les études postsecondaires. La valeur de ces points est (1) soustraite du transfert en espèces accordé à la province de Québec avant que le solde soit réparti entre les trois programmes établis, et (2) ajoutée au transfert d'impôts dans le but d'établir la somme du transfert en espèces et du transfert d'impôts.

(2) Represents payments under section 26 of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977, which are deemed to be payments within the meaning of the Medical Care Act. Please consult text under description of financing arrangements for explanation.
Comprend les derniers paiements versés en vertu de l'article 26 de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, et considérés comme des paiements aux termes de la Loi sur les soins médicaux. Pour les explications, veuillez vérifier le texte sous la description des arrangements financiers.

(3) Represents final payments under section 6 of the Medical Care Act, 1966-1967.
Comprend les derniers paiements versés en vertu de l'article 6 de la Loi sur les soins médicaux, 1966-1967.

(4) Due to the manner in which the Department of Finance reports payment data, it has not been possible to segregate those portions of the adjustment payments involving the Revenue Guarantee. Thus, the data in this row are identical to that contained in Table I.
À cause de la façon dont le ministère des Finances fait rapport sur les paiements, il n'a pas été possible de séparer la portion des paiements de redressement concernant le Revenu garanti. Donc, les données dans cette colonne sont identiques à celles du Tableau I.

Table 3
Medical Care Program
Contributions by Canada to Provinces
in Fiscal Years 1977-1978 to 1981-1982(1)

Tableau 3
Programme de soins médicaux
Contributions du Canada aux provinces pour les années financières 1977-1978 à 1981-1982(1)

	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82
Newfoundland/Terre-Neuve	$ 24,453,000	$ 28,953,000	$ 33,281,000	$ 37,042,000	$ 41,295,000
Prince Edward Island/Île-du-Prince-Édouard	5,000,000	6,096,000	7,206,000	8,042,000	8,912,000
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	37,713,000	43,672,000	49,786,000	55,347,000	61,646,000
New Brunswick/Nouveau-Brunswick	29,932,000	35,448,000	40,943,000	45,543,000	50,659,000
Quebec/Québec	302,404,000	335,523,000	375,206,000	418,236,000	468,353,000
Ontario	387,248,000	443,934,000	502,721,000	561,243,000	627,421,000
Manitoba	47,729,000	54,335,000	60,864,000	67,123,000	74,653,000
Saskatchewan	41,820,000	48,948,000	56,307,000	62,832,000	70,439,000
Alberta	89,092,000	105,780,000	128,352,000	154,095,000	182,478,000
British Columbia/Colombie-Britannique	109,201,000	129,447,000	153,077,000	177,050,000	200,308,000
Yukon Territory/Territoire du Yukon	1,043,000	1,229,000	1,429,000	1,617,000	1,831,000
Northwest Territories/Territoires du Nord-Ouest	2,025,000	2,302,000	2,654,000	2,928,000	3,327,000
Canada	$1,077,660,000	$1,235,667,000	$1,411,826,000	$1,591,098,000	$1,791,322,000

(1) These contributions data exclude compensation for the termination of the 1972 Revenue Guarantee Program, but include cash contributions and tax transfers.

Ces données sur les contributions excluent la compensation pour la terminaison du Programme de revenus garantis de 1972, mais incluent les contributions comptantes et les transferts d'impôts.

Analysis of Cost Changes[8]

The analysis in this section covers the fiscal years 1974-75 to 1981-82.[9]

Unadjusted aggregate and per capita program costs,[10] as reported by the ten provinces, increased from $1,459.2 million, or $64.91 per capita in 1974-75 to $3,648.5 million, or $148.26 per capita in 1981-82. For the fiscal years to 1976-77 inclusive the program costs reported by the provinces were the basis for calculating the federal contributions under the Medical Care Act (Canada). Under the financing arrangements in effect since then, the federal contributions are no longer based upon reported program costs. Although provinces continue to report in the autumn of each year on their program costs for the preceding fiscal year, recent data for some of the provinces are subject to the distorting effects of various administrative and organizational changes.

The dollar figures and percentage changes shown in Table 1 are based upon program costs that were adjusted to improve their year-to-year comparability. The adjustments consist of an increase in the 1974-75 program costs for Ontario and the four western provinces to offset a temporary transfer of the costs of certain laboratory and radiology services from the provincial medical care insurance programs to the hospital insurance programs, and adjustments of program costs in certain provinces where the figures reported for recent years are no longer fully comparable with those for earlier years. The counts of insured persons, used to calculate per capita rates, were adjusted in the light of the most recent Statistics Canada estimates of the net population.[11]

---

8 Excludes Yukon and Northwest Territories.

9 Years ending March 31.

10 Program costs are not the costs of the program to the federal government, but consist of the sum of provincial expenditures for services insured under the terms of the Medical Care Act (Canada); they exclude costs of administration.

11 The net population consists of the total population, minus members of the armed forces and the R.C.M.P., and minus inmates of federal penitentiaries. In 1981-82 the number of excluded persons was about 105,400 or 0.43 per cent of the total population.

Analyse des variations dans les coûts[8]

Dans cette partie, l'analyse se rapporte aux années financières 1974-1975 à 1981-1982[9].

Les coûts globaux non ajustés et par habitant[10] déclarés par les dix provinces sont passés de 1459,2 millions de dollars, ou 64,91 $ par habitant, en 1974-1975, à 3,648.5 $ millions, ou 148,26 $ par habitant en 1981-1982. Jusqu'en 1976-1977 inclusivement, les coûts déclarés par les provinces ont servi de base pour calculer le montant des contributions fédérales en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada). Toutefois, par suite des accords fiscaux en vigueur depuis lors, les contributions fédérales ne sont plus établies en fonction des coûts déclarés. Bien que, chaque automne, les provinces fassent connaître leurs coûts pour l'année financière précédente, les données récentes de certaines provinces subissaient un certain effet de distorsion en raison de changements d'ordre administratif ou structurel.

Les montants en dollars et les variations en pourcentage qui figurent au tableau 1 sont fondés sur des coûts qui ont été rajustés pour faciliter la comparaison d'une année à l'autre. Pour procéder à ces rajustements, on a augmenté les coûts pour l'Ontario et les quatre provinces de l'ouest pour 1974-1975, de façon à compenser le transfert provisoire des coûts de certains services de laboratoire et de radiologie du régime provincial de soins médicaux au régime d'assurance-hospitalisation et l'on a rajusté les coûts dans certaines provinces où les chiffres déclarés pour les dernières années ne sont plus entièrement comparables à ceux des années antérieures. Le total des personnes assurées, utilisé pour calculer le taux par habitant, a été rajusté en fonction des estimations les plus récentes de Statistique Canada de la population nette[11].

---

8 Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest exclus.

9 Années finissant le 31 mars.

10 Les coûts ne représentent pas ce que les programmes coûtent au gouvernement fédéral, mais plutôt la somme des dépenses encourues par les provinces pour les services assurés en vertu de la Loi sur les soins médicaux (Canada), à l'exclusion des frais d'administration.

11 La population nette est la population totale à l'exclusion des membres des Forces armées, de la GRC et des détenus dans les pénitenciers fédéraux. En 1981-1982, le nombre de personnes exclues s'élevait à 105 400 ou 0,43 p. 100 de la population totale.

Table 1/Tableau 1
Adjusted Aggregate and Per Capita Program Costs, and Average Annual Rates of Change[12]
Coûts globaux et par habitant rajustés et taux annuels moyens de variation[12]

	1974-75	1980-81	1981-82
Aggregate Program Costs ($ Millions) Coûts globaux (millions $)	1,586.0	3,215.7	3,659.7
Per Cent Change Per Year (%) Pourcentage de variation par année (%)		12.5	13.8
Per Capita Program Costs ($) Coûts par habitant ($)	71.03	134.10	150.82
Per Cent Change Per Year (%) Pourcentage de variation par année (%)		11.2	12.5

Over the entire period from 1974-75 to 1981-82, adjusted aggregate program costs increased by 130.8 per cent, or 12.7 per cent per year. In per capita terms the increases were 112.3 per cent overall, and 11.4 per cent per year.

Total Medical Care Program costs consist of fee payments to physicians, non-fee payments to physicians, and the costs of certain dental services performed in hospitals. In the years 1974-75 to 1981-82, non-fee payments to physicians and the costs of insured dental services, taken together, accounted for 5.9 per cent to 6.4 per cent of total program costs.

Table 2 refers only to fee payments to physicians. The further details provided in the following paragraphs and tables are confined to such payments.

12 Average annual rates of change are calculated by means of the compound interest method.

Pendant toute la période allant de 1974-1975 à 1981-1982, les coûts globaux (rajustés) ont augmenté de 130,8 p. 100, soit 12,7 p. 100 par année. Pour ce qui est de l'augmentation des coûts par habitant, elle a été de 112,3 p. 100 globalement, soit 11,4 p. 100 par année.

Le coût total du Programme de soins médicaux comprend les paiments aux médecins rémunérés à l'acte, les paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et les frais de certains services dentaires offerts dans les hôpitaux. Pour la période de 1974-1975 à 1981-1982, la somme des paiements aux médecins non rémunérés à l'acte et des frais des services dentaires représentait de 5,9 à 6,4 p. 100 des coûts globaux.

Le tableau 2 ne porte que sur les paiements aux médecins rémunérés à l'acte. Toutes les autres données fournies dans les paragraphes et tableaux suivants ne se rapportent qu'à ces paiements.

12 Les taux annuels moyens de variation ont été établis au moyen de la méthode des intérêts composés.

Table 2/Tableau 2
Adjusted Aggregate and Per Capita Fee Payments to Physicians, and Average Annual Rates of Change[13]
Montants rajustés des versements aux médecins rémunérés à l'acte (globaux et par habitant) et taux annuels moyens de variation[13]

	1974-75	1980-81	1981-82
Aggregate Fee Payments ($ Million) Ensemble des paiements à l'acte (millions $)	1,492.5	3,009.2	3,424.0
Per Cent Change Per Year (%) Pourcentage de variation par année (%)		12.4	13.8
Per Capita Fee Payments ($) Paiements à l'acte par habitant ($)	66.84	125.49	141.10
Per Cent Change Per Year (%) Pourcentage de variation annuelle (%)		11.1	12.4

Table 2 contains information, for selected periods, about some of the factors that tend to contribute to changes in fee-for-service program costs. Such factors as population, the number of physicians and price are measured directly. Other factors, e.g. per capita fee payments and utilization, are derived from the measured ones. The data on changes in program costs are supplemented by information on changes in the Gross National Product (GNP) and in the Consumer Price Index (CPI).

13 Average annual rates of change are calculated by means of the compound interest method.

Le tableau 2 contient des données, pour des périodes choisies, au sujet de certains des facteurs qui peuvent entraîner des changements dans les coûts des programmes de rémunération à l'acte. Des facteurs comme la population, le nombre de médecins et les prix sont mesurés directement. D'autres facteurs, par exemple les paiements à l'acte par habitant ainsi que l'utilisation sont calculés à partir des facteurs mesurés. Les données relatives aux variations dans les coûts des programmes sont complétées par des données sur les variations du produit national brut (PNB) et de l'indice des prix à la consommation (IPC).

13 Les taux annuels moyens de variation ont été établis au moyen de la méthode des intérêts composés.

Table 3/Tableau 3
Average Annual Rates of Change of Selected Factors Contributing to Changes in Fee Payments
Taux annuels de variation de certains facteurs contribuant aux variations des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte

	Per Cent Change Per Year / Variation annuelle en pourcentage		
	1974-75 to/à 1980-81	1980-81 to/à 1981-82	1974-75 to/à 1981-82
Aggregate Fee Payments to Physicians Ensemble des paiements à l'acte aux médecins	12.4	13.8	12.6
Insured Population Population assurée	1.2	1.2	1.2
Per Capita Fee Payments Paiements à l'acte par habitant	11.1	12.4	11.3
Number of Physicians Nombre de médecins	3.1	2.8	3.1
Fee Payments per Physician Paiements à l'acte par médecin	9.0	10.7	9.2
Per Capita Number of Physicians Nombre de médecins par habitant	1.9	1.6	1.9
Price/Prix	7.4	10.9	7.9
Utilization/Utilisation	4.6	2.6	4.3
Per Capita Utilization Utilisation par habitant	3.4	1.4	3.1
Utilization per Physician Utilisation par médecin	1.4	-.2	1.2
Gross National Product[14] Produit national brut[14]	12.4	14.2	12.7
Consumer Price Index[14] Indice des prix à la consommation[14]	9.1	12.5	9.6

The physician supply factor shows changes in the number of full-time equivalent physicians.[15] The price factor measures changes in the fee-for-service payment schedules of provincial medical care insurance plans. It does not measure changes in the average cost of services which may result from changes in patterns of practice or in the billing habits of physicians. The utilization factor is a residual -- it is obtained by removing the effects of price changes from increases in fee payments -- and is not measured independently, i.e. it is not determined by counting changes in the number of services provided by physicians. It may not only reflect changes in the volume of services, but also include the price-effect of changes in patterns of practice and billing habits of physicians. Per capita utilization, i.e. the estimated volume of fee services per insured person, is believed to grow or decline as a result of changes such as: age-sex and urban-rural distribution of the insured population; people's expectations, technological change; and changes in the per capita supply of physicians.

Le facteur "effectif de médecins" montre les changements sur le plan du nombre de médecins équivalents plein temps[15]. Le facteur "prix" mesure les changements dans les barèmes de rémunération à l'acte des régimes provinciaux d'assurance-maladie, mais non les variations dans le coût moyen des services qui peuvent être imputables aux changements de mode d'exercice ou de facturation des médecins. Le facteur "utilisation" est un résidu et n'est pas mesuré de manière indépendante, c'est-à-dire qu'on ne l'obtient pas en comptant les changements dans le nombre de services fournis par les médecins. En conséquence, ce facteur rend peut-être non seulement compte du changement dans le volume des services, mais encore des répercussions que peuvent avoir les changements dans le mode d'exercice ou de facturation des médecins sur les prix des services. L'utilisation par habitant, c'est-à-dire le volume estimatif, par personne assurée, des services fournis par les médecins rémunérés à l'acte peut s'accroître ou diminuer par suite de changements dans la répartition selon l'âge et le sexe, la distribution urbaine-rurale de la population assurée, les attentes de la population, les progrès technologiques et les changements dans l'effectif de médecins par habitant.

14 The percentages shown for GNP and CPI are based upon calendar year figures, i.e. they reflect changes from 1974 to 1980, etc.

15 The number of full-time equivalent physicians is not an actual count, but is a derived figure that takes into account the costs of services performed by physicians in full-time and part-time fee practice.

14 Les pourcentages indiqués pour le PNB et l'IPC ont été calculés à partir des chiffres des années civiles, c'est-à-dire qu'ils reflètent les changements survenus entre 1974 et 1980, etc.

15 Le nombre de médecins équivalents plein temps ne constitue pas un chiffre réel; il s'agit d'un chiffre calculé qui tient compte du coût des services rendus par des médecins exerçant à plein temps ou à temps partiel.

As shown in Table 3, price increases from 1980-81 to 1981-82 were larger than those during the initial six-year period from 1974-75 to 1980-81. The impact of the relatively large price increases from 1980-81 to 1981-82 on aggregate and per capita fee payments and on fee payments per physician was moderated by below-average increases in utilisation. Over the entire period from 1974-75 to 1981-82, aggregate fee payments grew at approprimately the same rate as the GNP, while increases in fee payments per physician were slightly smaller than changes in the CPI.

In Table 4, the data from Table 3 are expressed in dollar terms and in corresponding percentage distributions. In attributing dollar effects to changes in the insured population and to changes in physician supply, it is assumed that each additional insured person or physician tends to generate the same fee payments per person or per physician as were generated on the average by those already insured or practising in the base period.

Available data suggest that the relatively low increases in utilization from 1980-81 to 1981-82 were a temporary phenomenon, and were followed by above-average increases in the next year. Price and cost changes in Quebec were well below the Canadian average, in the last year as well as during the entire period from 1974-75 to 1981-82. Average annual per cent changes in nine provinces, excluding Quebec, were as follows:

Comme l'indique le tableau 3, l'augmentation des prix entre 1980-1981 et 1981-1982 a été plus forte que celle qu'on avait connue entre 1974-1975 et 1980-1981. Les répercussions de l'augmentation relativement importante des prix entre 1980-1981 et 1981-1982 sur les paiements globaux et par habitant ainsi que sur les paiements à l'acte par médecin ont été modérées par des augmentations inférieures à la moyenne dans l'utilisation. Au cours de toute la période allant de 1974-1975 à 1981-1982, l'ensemble des paiements à l'acte a augmenté à peu près au même rythme que le PNB, tandis que les augmentations dans les paiements à l'acte par médecin ont été légèrement inférieures aux variations de l'IPC.

Dans le tableau 4, les données présentées au tableau 3 sont exprimées en termes monétaires, et l'on a également ajouté les pourcentages correspondants. En attribuant des effets monétaires aux changements dans la population assurée et aux changements dans l'effectif des médecins, on suppose que chaque personne assurée additionnelle ou chaque médecin additionnel entraîne des paiements par personne ou par médecin équivalents à ceux qui sont occasionnés en moyenne par les personnes qui étaient déjà assurées ou les médecins qui exerçaient déjà au cours de la période de base.

Les données disponibles nous portent à croire que les augmentations relativement faibles de l'utilisation entre 1980-1981 et 1981-1982 étaient un phénomène temporaire et ont été suivies d'augmentations supérieures à la moyenne l'année suivante. Au Québec, les variations de prix et de coûts étaient bien inférieures à la moyenne canadienne au cours de la dernière année ainsi que pendant toute la période de 1974-1975 à 1981-1982. Voici comment s'établissaient les variations annuelles moyennes en pourcentage dans neuf provinces, à l'exclusion du Québec :

	1980-81 to/à 1981-1982	1974-75 to/à 1981-1982
Price/Prix	14.0	8.9
Aggregate Fee Payments per Physician Ensemble des paiements à l'acte par médecin	18.2	13.7
Fee Payments per Physician Paiements à l'acte par médecin	14.9	10.5

Table 4/Tableau 4
Extent to which Selected Factors Contributed to Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians
Contribution de certains facteurs choisis à l'accroissement des versements totaux aux médecins rémunérés à l'acte

	Annual Average / Moyenne annuelle					
	1974-75 to/à 1980-1981		1980-81 to/à 1981-1982		1974-75 to/à 1981-1982	
	($Million)	(%)	($Million)	(%)	($Million)	(%)
Increases in Aggregate Fee Payments to Physicians / **Augmentation de l'ensemble des Paiements à l'acte aux médecins**	252.8	100.0	414.8	100.0	275.9	100.0
Attributable to Changes in: / **Attribuable aux changements dans les facteurs suivants :**						
Insured Population / Population assurée	25.4	10.0	37.0	8.9	27.2	9.9
Per Capita Fee Payments / Paiements à l'acte par Habitant	227.4	90.0	377.8	91.1	248.8	90.1
Number of Physicians / Nombre de médecins	67.1	26.5	89.7	21.6	71.2	25.8
Fee Payments per Physician / Paiements à l'acte par médecin	185.7	73.5	325.1	78.4	204.7	74.2
Per Capita Number of Physicians / Nombre de médecins par habitant	41.7	16.5	52.7	12.7	44.0	15.9
Price/Prix	154.7	61.2	331.9	80.7	176.8	64.1
Utilization/Utilisation	98.1	38.8	82.9	19.3	98.1	35.9
Per Capita Utilization / Utilisation par habitant	72.7	28.8	45.9	10.3	71.9	26.1
Utilization per Physician / Utilisation par médecin	31.0	12.3	- 6.8	- 2.4	27.9	10.1

During the seven-year period from 1974-75 to 1981-82 aggregate fee payments to physicians rose by $1,931.5 million or $275.9 million per year. Of the total increase of $1,931.5 million, 9.9 per cent, or $190.3 million, was accounted for by population growth, and a further 64.1 per cent, or $1,237.9 million, was the result of price changes. The remaining 26.1 per cent, or 503.3 million, was the result of changes in the utilization per insured person. As mentioned before, the utilization factor may not consist entirely of volume changes, but may include the price effects of changes in the patterns of practice and in billing habits of physicians.

Increases in the utilization per insured person are believed to be strongly influenced by increases in the per capita supply of physicians. Assuming a direct relationship between the two just-mentioned ratios, i.e. per capita utilization and the per capita supply of physicians, the data in Table 4 show that changes in the per capita supply of physicians accounted for 15.9 per cent, or $308.0 million, of the total increase in fee payments from 1974-75 to 1981-82 while changes in the utilization per physician accounted for 10.1 per cent, or 195.3 million.

Alternatively, the data in Table 4 suggest that changes in the total number of physicians accounted for 25.8 per cent, or $498.3 million, of the increase in fee payments to physicians, and that changes in fee payments per physician accounted for the remaining 74.2 per cent, or about $1,433.2 million.

It was stated earlier that changes in the age-sex composition of the insured population may be one of the factors which influence changes in the utilization per person. Statistics Canada estimates of the age-sex distribution of the Canadian population (assumed to be representative of changes in the age-sex distribution of the insured population of the 10 provincial medical care insurance plans) showed considerable changes from 1974 to 1981. There was a decline in the proportion of people aged "under 20" and "40 to 54" from 37.3 per cent to 32.0 per cent and from 16.5 per cent to 15.8 per cent, respectively. The share of the age group 20 to 39 increased from 29.5 per cent to 33.6 per cent, and the proportion of people aged 55 and over rose from 16.6 per cent to 18.6 per cent. For all age groups combined, there was also a small increase in the proportion of females (the per capita costs of females tend to be about 40 per cent higher than those of males).

From data on the per capita costs, by 5-year age group and sex, of the beneficiaries of four provincial medical care insurance plans (Quebec, Ontario, Saskatchewan, Alberta), it is estimated that the changes in the age-sex composition of the population may have been responsible for an increase of about 3.8 per cent in per capita fee payments to physicians from 1974-75 to 1981-82, or a little over .5 per cent per year. In terms of the figures shown in Table 4, this suggests that changes in the age-sex distribution of the insured population raised fee payments by about $85.9 million, or 4.4 per cent of the total increase of $1,931.5 million, from 1974-75 to 1981-82.

Au cours des sept années qui se sont écoulées entre 1974-1975 et 1981-1982, l'ensemble des paiements à l'acte aux médecins a augmenté de 1931,5 millions de dollars ou 275,9 millions de dollars par année. De cette augmentation totale de 1931,5 millions de dollars, 9,9 p. 100 ou 190,3 millions de dollars sont attribuables à l'augmentation de la population tandis que 64,1 p. 100 ou 1237,9 millions de dollars étaient imputables aux changements de prix. Le reste, soit 26,1 p. 100 ou 503,3 millions de dollars résultait de changements dans l'utilisation par personne assurée. Comme nous l'avons mentionné, ce dernier chiffre ne représente pas seulement des changements dans le volume, mais peut aussi comprendre l'effet de changements dans les modes d'exercice et de facturation des médecins.

On croit que l'augmentation de l'utilisation par personne assurée est fortement influencée par l'augmentation du nombre de médecins par habitant. Si l'on suppose qu'il existe une relation directe entre ces deux facteurs, c'est-à-dire l'utilisation par habitant et le nombre de médecins par habitant, les données présentées dans le tableau 4 indiquent que les changements dans le nombre de médecins par habitant représentent 15,9 p. 100, ou 308 millions de dollars de l'augmentation totale des paiements à l'acte entre 1974-1975 et 1981-1982 alors que les changements dans l'utilisation par médecin représentent 10,1 p. 100 ou 195,3 millions de dollars.

D'autre part, les données du tableau 4 indiquent que les changements dans le nombre total de médecins représentent 25,8 p. 100, ou 498,3 millions de dollars de l'augmentation des paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte et que les changements sur le plan des paiements à l'acte par médecin sont responsables des 74,2 p. 100 restants, soit environ 1433,2 millions de dollars.

Il a été mentionné plus tôt que le changement dans la composition par âge et par sexe de la population assurée peut être l'un des facteurs qui explique les changements dans l'utilisation par personne. Selon les estimations de Statistique Canada, la distribution de la population canadienne (considérée comme représentative des changements intervenus dans la distribution selon l'âge et le sexe de la population assurée par les régimes provinciaux d'assurance-maladie) a accusé des changements considérables entre 1974 et 1981. On notait en effet une baisse de la proportion de la population âgée de moins de 20 ans ainsi que de 40 à 54 ans, cette diminution étant de 37,3 à 32 p. 100 et de 16,5 à 15,8 p. 100 respectivement. La proportion de la population âgée de 20 à 39 ans est passée de 29,5 à 33,6 p. 100 et celle des personnes âgées de 55 ans et plus a augmenté de 16,6 à 18,6 p. 100. Pour tous les groupes d'âge combinés, on a aussi remarqué une légère hausse de la proportion des femmes (le coût par habitant de sexe féminin est généralement de 40 p. 100 plus élevé que le coût par habitant de sexe masculin).

À partir des données sur les coûts par habitant, par groupe d'âge de 5 ans et par sexe, des bénéficiaires de 4 régimes d'assurance-maladie provinciaux (Québec, Ontario, Saskatchewan, Alberta), on a estimé que les changements dans la composition par âge et par sexe de la population peuvent être la cause d'une augmentation d'environ 3,8 p. 100 dans les paiements à l'acte aux médecins par habitant entre 1974-1975 et 1981-1982, soit un peu plus de 0,5 p. 100 par année. Par rapport au chiffre indiqué dans le tableau 4, cela porte à croire que les changements dans la distribution par âge et par sexe de la population assurée a fait augmenter les paiements à l'acte d'environ 85,9 millions de dollars soit 4,4 p. 100 de l'augmentation totale de 1931,5 millions de dollars entre 1974-1975 et 1981-1982.

Aggregate fee payments to physicians, and the factors which tend to influence the level of fee payments, changed at rates which varied from province to province.

Table 5 shows median, minimum and maximum values in the annual rate of change of selected factors during the eight-year period from 1974-75 to 1981-82.

L'ensemble des paiements effectués aux médecins rémunérés à l'acte ainsi que les facteurs qui peuvent influer sur le niveau des paiements à l'acte ont changé selon des taux qui varient d'une province à l'autre.

Le tableau 5 montre les valeurs minimale, maximale et médiane du taux de changement annuel de certains facteurs donnés au cours de la période de 1974-1975 à 1981-1982.

Table 5/Tableau 5
Interprovincial Variations in Average Annual Rates of Change of Selected Factors
Variations interprovinciales dans les taux de changement annuels moyens de certains facteurs donnés

	Per Cent Change Per Year 1974-1975 to 1981-1982 Changement en pourcentage par année 1974-1975 à 1981-1982	
	Medians Valeurs médianes	Range Variation
Aggregate Fee Payments to Physicians Ensemble des paiements à l'acte aux médecins	12.9	8.9 to/à 16.2
Insured Population/Population assurée	.8	.3 to/à 3.9
Per Capita Fee Payments Paiements à l'acte par habitant	12.0	8.1 to/à 13.9
Number of Physicians/Nombre de médecins	2.9	1.1 to/à 4.8
Fee Payments per Physicians Paiements à l'acte par médecin	10.1	5.3 to/à 12.1
Per Capita Number of Physicians Nombre de médecins par habitant	1.7	-.2 to/à 4.2
Price/Prix	8.9	4.7 to/à 10.3
Utilization/Utilisation	4.1	2.7 to/à 5.4
Per Capita Utilization Utilisation par habitant	3.0	1.2 to/à 4.3
Utilization per Physician Utilisation par médecin	1.2	.1 to/à 1.7

Particular provinces experienced high rates of increase with respect to some of the factors, and low rates of changes with respect to other factors. As a result of all the changes the gap betwen low and high per capita costs widened from 1974-75 to 1981-82, as follows:[16]

- range of per capita fee costs in 1974-75 = $40 to $79
  (a difference of just under 100 per cent)

- range of per capita fee costs in 1981-82 = $89 to $196
  (a difference of over 120 per cent)

Certaines provinces ont connu de très fortes augmentations des taux pour certains facteurs et des hausses plus faibles en ce qui concerne d'autres facteurs. Par suite de tous les changements, l'écart entre les coûts faibles et élevés par habitant s'est élargi entre 1974-1975 et 1981-1982 de la façon suivante[16] :

- variation des coûts des services rémunérés à l'acte par habitant en 1974-1975 = 40 $ à 79 $
  (une différence légèrement inférieure à 100 p. 100)

- variation des coûts des services rémunérés à l'acte par habitant en 1981-1982 = 89 $ à 196 $
  (une différence supérieure à 120 p. 100)

16 The figures for Newfoundland are excluded because a high proportion of medical services in the province is provided by non-fee physicians. Consequently, per capita fee costs in the province are unusually low.

16 Les chiffres de Terre-Neuve ont été exclus parce qu'une forte proportion des services médicaux dans cette province sont dispensés par des médecins non rémunérés à l'acte. Par conséquent, les coûts par habitant des services remunérés à l'acte sont exceptionnellement faibles dans cette province

Source:

Health Information Division
Information Systems Directorate
Policy, Planning and Information Branch
Department of National Health and Welfare
September 1985

Source :

Division de l'information sur la santé
Direction des systèmes d'information
Direction générale de la politique, de la planification et de l'information
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Septembre 1985

THE HOSPITAL INSURANCE AND MEDICAL CARE PROGRAMS
SUMMARY OF PROVINCIAL HEALTH INSURANCE PLANS*
benefits[a]; premiums; authorized charges[b]. (January 1, 1982[b1])

PROGRAMME D'ASSURANCE-HOSPITALISATION ET PROGRAMME DE SOINS MÉDICAUX : RÉSUMÉ DES RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-SANTÉ :*
SERVICES ASSURÉS[a] ; PRIMES ; FRAIS AUTORISÉS[b]. (LE 1er JANVIER 1982[b1])

NEWFOUNDLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):
Within Canada: Services not available in Newfoundland paid at rate of host province. Other services paid at Newfoundland rate.

Outside Canada: Services not available in Newfoundland paid at highest Canadian rate. Services not available in Canada paid at rate applicable in jurisdiction where rendered. Other services paid at Newfoundland rate.

Additional benefits (d): The Department of Health administers: Children's Dental Health Program available to children up to and including 12 years of age and for certain disabilities, e.g. cleft palate, cerebral palsy. There is a $2.00 fee per item of service. Cystic Fibrosis program; Food Bank plan pays towards the cost of diets needed to prevent mental retardation arising from metabolic disorders; Hearing Aid program; Optometric Benefit; Senior Citizen's Drug Subsidy program for residents over 65 in receipt of or eligible for Guaranteed Income Supplement; Social Assistance Drug Plan; and Vision Care for school and pre-school children of families on social assistance or demonstrated inability to pay, and selected adults.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Laboratory, radiological, and other diagnostic procedures, including the necessary interpretations; radiotherapy and physiotherapy where available, occupational therapy, where available, out-patient visits, emergency visits, operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.

Out-of-province benefits (e): Same benefits as provided in the province.

* See Notes (a) to (j) on pages 46-47.

TERRE-NEUVE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) :
Au Canada : services non offerts à Terre-Neuve payés au tarif prévu par la province hôte. Autres services payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

Hors du Canada : services non offerts à Terre-Neuve payés au tarif le plus élevé prévu au Canada. Services non offerts au Canada payés au tarif prévu par le secteur de compétence où il est dispensé. Autres services payés au tarif prévu par Terre-Neuve.

Services assurés supplémentaires (d) : le ministère de la Santé administre : un programme d'hygiène dentaire disponible pour les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans inclusivement et pour certaines infirmités, comme les fissures palatines et la paralysie cérébrale. Il y a des honoraires à l'acte de 2 $ par service. Programme de fibrose kystique; programme de banque alimentaire pour supporter le coût des régimes nécessaires à la prévention de l'arriération mentale résultant de troubles du métabolisme; services d'optométrie; programme d'aide pour les handicapés auditifs; programme de subvention des médicaments pour les personnes âgées qui sont des résidents de plus de 65 ans et qui reçoivent le Supplément de revenu garanti; programme de médicaments de l'Assistance sociale; examen de la vue pour les enfants d'âge scolaire et préscolaire issus de familles recevant des prestations d'aide sociale ou reconnues comme étant incapables de payer, de même que pour certains adultes.

Prime mensuelle : aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : les tests de laboratoire, la radiographie et d'autres services de diagnostic, y compris les analyses nécessaires; la radiothérapie, la physiothérapie et l'ergothérapie si ces services sont disponibles; les visites à l'unité de consultation externe et à l'urgence; l'usage du bloc opératoire y compris l'équipement, les fournitures, les plâtres et les médicaments ainsi que le matériel médical et chirurgical offert par l'hôpital.

Services assurés hors de la province (e) : les mêmes services que ceux qui sont assurés dans la province.

* Voir notes (a) à (j) aux pages 46-47.

Authorized charges: Standard ward charge of $3.00 per day, up to a maximum of 15 days per admission (including transfer to another hospital in which case cumulative charge limit of $45 also applies). Re-admission within 60 days of discharge in connection with the same illness or condition will be limited to the $45 maximum charge. Patients aged 65 years and over and patients certified by the Department of Social Services as being unable to pay will not be subject to the $3.00 ward charge. (Note: See Addendum re current charges).

Additional benefits: Air and Ground Emergency Ambulance programs pay towards the cost of services. Home Care services in some centres.

Frais autorisés : la somme de 3 $ par jour pour la salle, jusqu'à un maximum de 15 jours par admission (y compris le transfert à un autre hôpital, auquel cas les frais cumulatifs sont également limités à 45 $). En cas de réadmission pour le même état ou la même maladie dans les 60 jours qui suivent le congé, la somme maximale exigée sera de 45 $. Les patients qui sont âgés de 65 ans et plus et ceux qui sont reconnus par le ministère des Services sociaux comme étant incapables de payer n'auront pas à débourser cette somme de 3 $.
(Remarque : voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Services assurés supplémentaires : programmes d'ambulances aériennes et terrestres pour supporter le coût de ces services; services de soins à domicile dans certains centres.

PRINCE EDWARD ISLAND

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):
Within Canada: Physician services paid at rates authorized by the host province except that referrals for services available in P.E.I. are paid at P.E.I. rate.

Outside Canada: Paid at P.E.I. rate except that referrals for services not available in Canada are paid at rates established by Commission.

Additional benefits (d): Children's Dental Care Program (annual registration fee $4.00 per child, $12.00 maximum per family); no charge Out-patient Prescription Program for persons with diabetes, rheumatic fever, phenylketonuria, cystic fibrosis and social assistance recipients; mental health clients are charged cost + 20%.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Laboratory procedures as specified, radiological procedures as specified, including use of radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations for emergency diagnosis and treatment; all other services specified as in-patient services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Standard ward rate or rate authorized for out-patient services of host province in case of: 1) emergency, 2) referral with approval of Commission for conditions that cannot be treated adequately in P.E.I. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the two major hospital per diem rates in effect at time service rendered.

Outside Canada: In-patient services only to maximum of: 1) emergency - up to $100 per day towards costs of hospital room charges and 75% of balance of cost of insured services. 2) referral with approval of Commission for conditions that cannot be adequately treated in Canada - standard ward rate for hospital and all necessary essential services. Otherwise, daily rates established by Commission based on the average of the two major hospital per diem rates in effect at time service rendered.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) :
Au Canada : services de médecin payés au tarif autorisé par la province hôte, sauf que les orientations pour des services offerts par l'Île-du-Prince-Édouard sont payées au tarif prévu par cette province.

Hors du Canada : services payés au tarif prévu par l'Île-du-Prince-Édouard, sauf que les orientations pour services non offerts au Canada sont payées au tarif prévu par la Commission.

Services assurés supplémentaires (d) : programme de soins dentaires destinés aux enfants, (frais d'inscription annuels de 4 $ par enfant jusqu'à concurrence de 12 $ par famille); programme de médicaments gratuits pour les patients externes souffrant de diabète, de rhumatisme articulaire aigu, de phénylcétonurie, de fibrose kystique et les assistés sociaux; les personnes recevant des services psychiatriques doivent débourser le coût de ces services + 20 p. 100.

Prime mensuelle : aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : les tests de laboratoire et les services de radiologie tels qu'ils sont précisés, y compris l'utilisation d'isotopes radioactifs; les médicaments, les substances biologiques et les autres préparations connexes à un diagnostic et un traitement d'urgence; tous les autres services qui sont approuvés comme services dispensés aux malades hospitalisés.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : le tarif de la salle ou les frais autorisés par la province hôte pour les services de consultation externe pour : 1) les cas d'urgence; 2) les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission, du fait que leur état ne peut pas être traité de façon adéquate dans l'Île-du-Prince-Édouard. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les deux plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Hors du Canada : services dispensés aux malades hospitalisés seulement jusqu'à un maximum de : 1) pour les cas d'urgence - 100 $ par jour pour le tarif d'une chambre d'hôpital et 75 p. 100 des coûts restants des services assurés; 2) pour les patients dirigés ailleurs avec l'approbation de la Commission du fait que leur état ne peut pas être traité de façon adéquate au Canada - le tarif de la salle dans un hôpital et tous les services essentiels nécessaires. Pour les autres cas, les tarifs quotidiens établis par la Commission d'après la moyenne des per diem en vigueur dans les deux plus grands hôpitaux au moment de la prestation des services.

Authorized charges: none

Additional benefits: Ambulance Subsidization Program; Home Care (health aspects) no fee; complementary visiting Homemaker service based on client's ability to pay to a maximum of $7.00 per hour.

Frais autorisés : aucuns

Services assurés supplémentaires : programme pour les ambulances; soins à domicile (soins de santé) gratuits; services complémentaires d'auxiliaires familiales dont le coût varie en fonction des ressources financières du bénéficiaire jusqu'à un maximum de 7 $ l'heure.

NOVA SCOTIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Within Canada: Standard benefits paid at tariff of host province.

Outside Canada: Elective service covered at the Nova Scotia rate. Referrals and accidents or emergencies at provincial tariff plus 75% of difference.

Additional benefits (d): Artificial limb program covers cost of provision, replacement and repair; Children's Dental Plan for those born after January 1, 1967, or students registered with the School for the Blind; Cleft Lip/Cleft Palate Plan; Cystic Fibrosis Drugs; dental services for certain persons (adults and children) suffering from severe mental retardation, when hospitalization is required; Diabetes Insipidus Drugs; Optometric Benefits; Pharmacare plan for residents 65 years and over includes drugs, diabetic and ostomy supplies; Therapeutic Drugs for Cancer Patients provides partial coverage for those with limited incomes.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Broad range of essential services as approved by regulation including: medically necessary laboratory, electroencephalographic and radiological examinations, radiotherapy for malignant and non-malignant conditions, electrocardiograms, physiotherapy facilities where available, various drugs, hospital services including meals for day patient care for diabetes, hemodialysis, ultrasonic diagnostic procedures and interpretations and electrocardiograms and interpretations, as well as specified hospital services when required for emergency diagnoses and treatment within 48 hours of an accident and specified hospital services in connection with various minor medical and surgical procedures.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient only for (1) emergencies and (2) with prior approval from plan of a medically necessary referral outside Nova Scotia from a Nova Scotia physician. Out-patient services at agreed inter-provincial rates.

Outside Canada: Up to $100 per day plus 75% of the remainder except for infants less

NOUVELLE-ÉCOSSE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point du vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) : Au Canada: services assurés ordinaires payés au tarif prévu par la province hôte.

Hors du Canada : services non urgents payés au tarif prévu par la Nouvelle-Écosse. Orientations et accidents ou urgences payés au tarif provincial, plus 75 p. 100 de la différence.

Services assurés supplémentaires (d) : programme d'achat, de remplacement et de réparation de membres artificiels; Régime d'assurance dentaire pour enfants nés après le 1er janvier 1967, ou pour les étudiants inscrits au School for the Blind (École pour aveugles); programme de soins dentaires pour les personnes porteuses d'un bec-de-lièvre ou d'une fissure palatine; programme de médicaments pour les personnes atteintes de fibrose kystique; services dentaires fournis à certaines personnes (adultes et enfants) atteintes d'arriération mentale grave, lorsque l'hospitalisation est requise; programme de médicaments pour les personnes qui souffrent de diabète insipide; services d'optométrie; le Régime d'assurance-médicaments (Pharmacare) pour les résidents âgés de 65 ans et plus couvre les médicaments, les fournitures pour les diabétiques et les stomisés; le régime de médicaments pour les personnes atteintes de cancer couvre une partie des frais lorsque le revenu est limité.

Prime mensuelle : aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : un vaste éventail de services essentiels approuvés par règlement, et qui sont requis du point de vue médical y compris : les tests de laboratoire et les examens électro-encéphalographiques et radiologiques, la radiothérapie pour les affections malignes et bénignes, les électrocardiogrammes, les installations de physiothérapie, s'il y en a; divers médicaments, les services hospitaliers, y compris les repas pour diabétiques en traitement de jour, l'hémodialyse, les procédés diagnostiques au moyen des ultrasons et l'analyse des résultats, les électrocardiogrammes et l'analyse des résultats ainsi que les services hospitaliers approuvés lorsqu'ils sont nécessaires pour le diagnostic et le traitement de cas d'urgence dans les 48 heures suivant un accident et les services hospitaliers approuvés qui sont nécessaires à diverses interventions chirurgicales ou médicales d'ordre mineur.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : les services dispensés aux malades hospitalisés seulement pour : 1) les cas d'urgence 2) les cas qui sont dirigés vers une autre province pour des raisons médicales par un médecin de la Nouvelle-Écosse et avec l'approbation préalable de la Commission.

Hors du Canada : le tarif de la salle jusqu'à concurrence de 100 $ par jour, plus

than 15 days old, then up to $11 per day. Payment is limited to the cost of ward accommodation or where no ward accommodation exists to the lowest semi-private rate available. Out-patient services covered at 100% of charges for medically necessary services for emergency cases and reimbursement will be at the prevailing rate for the service in Nova Scotia for non-emergency cases.

Authorized charges: none

Additional benefits: Ambulance Subsidy Program.

75 p. 100 des frais restants sauf pour les nourrissons de moins de 15 jours qui sont couverts jusqu'à concurrence de 11 $ par jour. Le paiement est limité au coût de la salle ou, s'il n'existe pas de salle, au tarif de chambre à deux lits, le plus bas possible. Les frais des services externes médicalement nécessaires sont assurés à 100 p. 100 pour les cas urgents, et, pour les cas non urgents, le remboursement correspondra au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse pour le même service.

Frais autorisés : aucuns

Services assurés supplémentaires : programme de financement des services d'ambulance.

NEW BRUNSWICK

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Services defined by the Medical Director as not available in New Brunswick paid at rate of host province. Other services paid at New Brunswick rate. Services of pathologists and radiologists not available in province paid at 90% of charges. Those available in New Brunswick paid at 80%.

Outside Canada: Services defined by the Medical Director as not available paid at Ontario or Quebec plan rate. Other services paid at New Brunswick rate. Pathologist and radiologist services not available in the province paid at 70%; those available paid at 60%.

Additional benefits (d): One free annual eye examination for children 18 or under; Prescription Drug Program for beneficiaries who are 65 years and over, for those with cystic fibrosis and for those who are social service benefit recipients. Other approved benefits for those in receipt of social assistance.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: All approved available services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Complete in-patient coverage at standard ward rate approved by hospital's provincial plan. Out-patient: Total amount charged for entitled services at rates approved by hospital's provincial plan.

Outside Canada: In-patient coverage: Services not available in New Brunswick paid at an all-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three major Canadian hospitals selected by the Medical Director. Other services paid at an all-inclusive rate not in excess of the average standard ward rate, rounded to the nearest dollar, of the three largest New Brunswick hospitals. These rates are calculated on July 1 of each year. Out-patient coverage: Entitled out-patient services paid at 65% of the account except for services defined by the Medical Director as not available in N.B., then 75% of account.

Authorized charges: none

NOUVEAU-BRUNSWICK

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) :

Au Canada : services définis par le directeur des services médicaux non offerts au Nouveau-Brunswick payés au tarif prévu par la province hôte. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 90 p. 100; services offerts dans la province payés à 80 p. 100.

Hors du Canada : services définis par le directeur des services médicaux non offerts au Nouveau-Brunswick payés au tarif des régimes de l'Ontario et du Québec. Autres services payés au tarif prévu par le Nouveau-Brunswick. Services de pathologie et de radiologie non offerts dans la province payés à 70 p. 100; services offerts dans la province payés à 60 p. 100.

Services assurés supplémentaires (d) : un examen de la vue annuel gratuit pour les enfants âgés de 18 ans et moins; programme de médicaments prescrits pour les bénéficiaires âgés de 65 ans et plus, pour ceux atteints de fibrose kystique et pour les bénéficiaires de prestations d'aide sociale. Autres services approuvés pour les assistés sociaux.

Prime mensuelle : aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services hors de la province (e) :

Au Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : la protection complète au tarif de la salle approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province. Services de consultation externe : la totalité des frais des services assurés au tarif approuvé par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province.

Hors du Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : services non offerts au Nouveau-Brunswick payés entièrement à un tarif ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (arrondi au dollar) des trois principaux hôpitaux canadiens choisis par le directeur médical. Les autres services payés entièrement à un tarif ne dépassant pas le tarif moyen de la salle (arrondi au dollar) des trois plus grands hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Ces tarifs sont calculés le 1er juillet de chaque année. Services dispensés aux malades externes : services de consultation externe admissibles payés à 65 p. 100, sauf les services définis par le directeur médical comme n'étant pas offerts au Nouveau-Brunswick, qui sont dans ce cas remboursés à 75 p. 100.

Frais autorisés : aucuns

Additional benefits: None for hospital care within scope of Hospital Insurance Program, however persons awaiting nursing home placement are charged, after 30 days, $11.42 per day. (Note: See addendum re current charge).

Services assurés supplémentaires : aucuns frais pour les soins hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation, toutefois les personnes qui attendent d'être placées dans une maison de santé doivent payer 11,42 $ par jour après 30 jours. (Remarque : voir annexe sur les frais actuellement en vigueur.)

QUEBEC

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (j).

Out-of-province benefits (c): Insured services paid up to Quebec rates upon presentation of a fee statement of services rendered.

Additional benefits (d): Assistance towards the cost of appliances supplied to persons with permanent colostomy, ileostomy or urostomy. Breast prostheses grant program following mastectomy. Dental services for children under the age of 16. Dental services, including dentures, for social aid recipients. Drugs and related professional services for recipients of social aid and recipients of certain governmental social aid measures, for persons aged 65 years and over, for persons aged 60 to 64 inclusive who are eligible for an allowance under the Old Age Security Act and would otherwise without that allowance, be eligible for social aid or certain governmental social aid measures. Hearing aids program for all 35 years of age and under and social aid recipients over 35. (Program extended to cover persons 36 or over who already use an aid paid for by the Régie.) Assistance with the cost of ocular prostheses (artificial eyes) for a beneficiary who has undergone an enucleation, an evisceration, or a permanent conjunctival closure. Optometry program. Prostheses, orthopaedic appliances or other appliances specified by regulation. Visual aid program for residents 35 years and under. (Program extended - as per hearing aid program).

Premium per month: none (i)

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward including all medically required services.

Out-patient: Clinical services of day or night psychiatric care, electroconvulsive therapy, insulin shock therapy, behavioural therapy, emergency care, minor surgery, radio therapy, diagnostic services, physiotherapy, occupational therapy and inhalation therapy services, orthoptic services, services or examinations necessary for a resident to obtain employment, or those required in the course of employment or on the demand of the employer, provided that such examination or service is required by a law of Quebec other than the Collective Agreement Decrees Act, hearing and speech services.

QUÉBEC

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste(j).

Services assurés hors de la province (c) : services assurés payés jusqu'à concurrence du tarif prévu par le Québec, ou moins, sur présentation d'un relevé d'honoraires mentionnant les services rendus.

Services assurés supplémentaires (d) : le programme de subventions pour appareils fournis aux résidents du Québec ayant subi : une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanente; le programme de subventions pour prothèses mammaires après mastectomie; les services dentaires pour les enfants de moins de 16 ans; les services dentaires, y compris les prothèses dentaires, pour les assistés sociaux; les médicaments et les services professionnels connexes pour les bénéficiaires de certaines mesures d'aide sociale gouvernementale, pour les personnes de 65 ans et plus et pour les personnes de 60 à 64 ans inclusivement qui sont admissibles à une allocation en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse et qui, sans cette allocation, auraient droit à l'aide sociale ou à certaines mesures d'aide sociale gouvernementale; un programme d'aide pour les handicapés visuels de moins de 35 ans. Un programme d'aide pour les handicapés auditifs de moins de 35 ans et les bénéficiaires d'aide sociale de 35 ans et plus. Tous les résidents du Québec âgés de plus de 36 ans, qui possèdent déjà un appareil payé par la Régie et qui avaient atteint la limite d'âge, peuvent de nouveau bénéficier des programmes d'aides auditives et visuels; le programme de subventions pour prothèses oculaires (yeux artificiels), fournis aux résidents du Québec, ayant subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent; le programme de services optométriques; les prothèses, les appariels orthopédiques ou autres déterminés par règlement.

Prime mensuelle : aucune (i)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services en salle commune et tous les services médicaux nécessaires.

Services de consultation externe : les services en clinique psychiatrique de jour ou de nuit, les traitements par électrochoc, l'insulinothérapie et la thérapie de comportement. Les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, la radiothérapie, les services diagnostiques, les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'inhalothérapie, les services d'orthoptique. Les services ou les examens auxquels doit se soumettre un résident en vue d'obtenir un emploi, ou auxquels il doit se soumettre en cours d'emploi ou encore qui sont requis par un employeur à la condition qu'un tel examen ou service soit exigé par une loi du Québec autre que la loi des décrets de la convention collective. Les services d'audiologie et d'orthophonie.

Outside Canada: In-patient: Emergency or sudden illness and referral cases receiving prior approval, room and board at the ward rate plus cost of other insured services. In cases where insured hospital services received outside Canada are not reimbursed in full, 75% of the cost of insured services are covered. Excluded: spas, nursing homes or similar establishments. Out-patient: at the prevailing rate of the hospital where the insured services are received provided that: (1) the services were received during the 24 hours following an accident; (2) the services became necessary due to a sudden illness or emergency. (Note: From July 1, 1982, the cost of hospital services provided outside Canada will be reimbursed by the Régie de l'assurance-maladie du Québec only in emergencies. Up to $700.00 will be reimbursed in full and 50% of any amount in excess of that sum. Certain beneficiaries (students in recognized institutions, those receiving full-time training in a university or other specified institution, Quebec government employees, and those employed in an approved non-profit organization) residing temporarily outside Canada, reimbursed 100% cost of emergency hospital and 75% of non-emergency hospital services.)

Hors du Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : les cas d'urgence ou de maladie subite et les cas dirigés ailleurs avec l'approbation préalable, y compris le logement et la pension au tarif de la salle plus les frais des autres services assurés. Lorsque les services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada ne sont pas remboursés intégralement, leur coût est couvert à 75 p. 100. Sont exclus : les stations thermales, les maisons de repos ou autres refuges analogues. Services de consultation externe : le tarif de l'hôpital où les services assurés sont dispensés, pourvu a) qu'ils le soient dans les 24 heures suivant un accident, b) qu'ils soient devenus nécessaires par suite d'une maladie subite ou d'une urgence. (À noter qu'à compter du 1er juillet 1982, la Régie de l'assurance-maladie du Québec rembourse les services hospitaliers reçus hors du Canada uniquement dans les cas d'urgence. La Régie paie le coût des services hospitaliers jusqu'à 700 $ plus 50 p. 100 des frais excédant ce montant. Cependant, pour certains bénéficiaires (les étudiants, les fonctionnaires du gouvernement du Québec, etc.) qui résident temporairement hors du Canada, les services reçus dans un centre hospitalier à la suite d'une maladie subite ou d'une situation d'urgence sont remboursables à 100 p. 100, sur production d'une demande détaillée; dans les autres cas, les services sont remboursés à 75 p. 100.)

Authorized Charges:
The payments authorized are $12.33 per day for chronic care in extended care hospitals or in extended care units in short-term care hospitals. Children under the age of 18 are exempt. Low income individuals may benefit from total or partial exemption depending on their family and financial situation. (Note: See Addendum re current charge).

Frais autorisés : les frais autorisés sont de 12,33 $ par jour pour les malades chroniques hospitalisés dans les hôpitaux de soins prolongés ou dans des unités de soins prolongés d'hôpitaux de courte durée. Les enfants âgés de moins de 18 ans sont exemptés. Les personnes à faible revenu peuvent jouir d'une exemption totale ou partielle, selon leur situation. (Remarque : voir annexe sur les frais actuellement en vigueur.)

Additional Benefits: Additional services offered to the Quebec population under special programs of the Department of Social Affairs inlcude:

- the transportation of sick persons according to specified criteria;
- certain special medications at a reduced price ($2 per medication for a period of 28 days) for ambulatory patients who suffer from cancer, cystic fibrosis, tuberculosis, primary hyperlipoproteinemia, diabetes insipidus or psychiatric illness;
- home care services ordered by the attending physician to permit convalescence at home and reduce hospitalization - this program includes renal dialysis and parenteral nutrition;
- home help services to encourage the maintenance at home and avoidance of family break-up or long-term institutionalization for elderly persons;
- free ambulance service for persons aged 65 years and over;
- laryngectomy related appliances and services supplied out of two designated establishments.

Services assurés supplémentaires : les services additionnels dont peut bénéficier la population du Québec dans le cadre des programmes spéciaux du ministère des Affaires sociales comprennent:

- le transport des personnes malades conformément à certains critères particuliers;
- certains médicaments spéciaux à prix réduit (2 $ par médicament par période de 28 jours) pour les malades sur pied qui souffrent de cancer, de fibrose kystique, de tuberculose, d'hyperlipoprotéinémie primaire, de diabète insipide ou de maladie psychiatrique;
- les soins à domicile prescrits par le médecin traitant afin de permettre la convalescence à la maison et de réduire la durée de l'hospitalisation - ce programme comprend la dialyse rénale et l'alimentation par voie parentérale;
- des services d'aide domestique pour les personnes âgées afin de les encourager à rester dans leur foyer et d'éviter les séparations de la famille ou l'hospitalisation à long terme;
- des services ambulanciers gratuits pour les personnes âgées de 65 ans et plus;
- un programme d'aide aux laryngectomisés par le biais de deux établissements désignés.

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Standard and additional benefits, except take home drugs, paid at Ontario rates.

Additional benefits (d): Chiropody; Chiropractic; Drug Benefit Plan administered by Ministry of Health free for Canadian citizens 65 and over, landed immigrants in province previous 12 months, disabled persons, and those with limited incomes; Optometry (diagnostic); Osteopathy; out-of-hospital physiotherapy (limited to approved facilities). Note: Annual maximum dollar limits on chiropractic, chiropodist and osteopathic services.

Premiums per month (f):

Single - $23.00 (g). Family of 2 or more - $46.00 (g). (Note: See Addendum re current charges).

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Broad range of essential services, including diagnostic services, physiotherapy, occupational, speech and radiotherapies, diet counselling when prescribed by a physician, and other hospital services when medically necessary. Where available from a hospital, the provision of equipment, supplies and medications for use in the home by haemophiliac patients for emergency treatment or the prevention of haemorrhage, and home dialysis equipment supplied through the hospital.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: Full standard ward rate in other Canadian provinces less any co-insurance or capital charges made by province concerned. For generally accepted surgical procedures not available in Ontario, the patient must a) be referred by an Ontario physician and b) have prior Plan approval. The Plan will attempt to inform the patient of the amount they will pay for the surgery. Home renal dialysis when arranged through a hospital. Physiotherapy services provided through a hospital. 75% of cost of ambulance services (for medically required services with supporting documentation).

Outside Canada: 75% of standard ward for non-emergency admissions in the United States. 100% of standard ward care for emergencies (except mental illness). Renal dialysis in approved health facilities. Treatment of acute mental illness or mental illness where the General Manager is of the opinion that suitable facilities are not available in

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) : services assurés, ordinaires et supplémentaires (sauf les médicaments pris à la maison) payés au tarif prévu par l'Ontario.

Services assurés supplémentaires (d) : la chiropodie, la chiropraxie, le Régime de médicaments gratuits administré par le ministère de la Santé à l'intention des citoyens canadiens âgés de 65 ans et plus, des immigrants reçus demeurant dans la province depuis les douze derniers mois, des infirmes et des personnes à revenu modeste; les services de diagnostic en optométrie, l'ostéopathie, les services de physiothérapie à l'extérieur de l'hôpital (seulement dans les établissements autorisés). Remarque : services de chiropraxie, de chiropodie et d'ostéopathie assurés jusqu'à concurrence d'un montant maximal annuel.

Prime mensuelle (f) :

Personne seule - 23 $(g). Famille de 2 personnes ou plus - 46 $(g). (Remarque : voir note sur les frais actuellement en vigueur.)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : un vaste éventail de services essentiels, y compris les services de diagnostic, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la radiothérapie, l'inhalothérapie, les services de consultation diététique, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin et d'autres services hospitaliers requis du point de vue médical. L'équipement, le matériel et les médicaments employés à domicile par un hémophile pour le traitement d'urgence ou la prévention des hémorragies, et l'utilisation du matériel de dialyse rénale à domicile, lorsqu'un hôpital peut les fournir.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : plein tarif de la salle prévu par les autres provinces canadiennes moins les frais modérateurs ou les frais d'établissement de la province en cause. Dans le cas des interventions chirurgicales généralement admises mais non offertes en Ontario, le patient doit : a) être envoyé par un médecin de l'Ontario et b) obtenir au préalable l'autorisation du Régime. Le Régime tentera d'indiquer au patient la somme qui sera payée pour la chirurgie. La dialyse rénale à domicile, lorsque les dispositions sont prises par l'intermédiaire d'un hôpital. Les services de physiothérapie dispensés par l'intermédiaire d'un hôpital. Soixante-quinze pour cent des services d'ambulance (pour les services justifiés sur le plan médical, documents à l'appui).

Hors du Canada : 75 p. 100 du tarif de la salle pour les cas non urgents aux États-Unis. Cent pour cent du tarif de la salle dans le cas d'urgences (sauf la maladie mentale) survenant à l'étranger. Dialyse rénale dans les établissements de santé autorisés. Le traitement d'une maladie mentale aiguë ou d'une maladie mentale pour laquelle, de l'avis du directeur général,

Ontario, 75% of calculated standard ward rate for 60 days, with approved extensions. 75% of cost of ambulance service (for medically required services with supporting documentation).

Authorized charges: Chronic care charge of $13.06 per day after 60 days hospitalization with exemptions up to 360 days for rehabilitation of convalescent patients upon medical certification; also, partial or complete exemptions, if limited family income. (Note: Rate increases quarterly in line with Consumer Price Index. See Addendum for details and current charge).

Additional benefits: Ambulance services (land and air) when medically required subject to a co-payment charge of $20.00 per trip. (Note: See Addendum re current charge.) Home care program, home hyperalimentation and home renal dialysis equipment supplies and medication. Nursing home benefits.

des installations appropriées ne sont pas disponibles en Ontario, 75 p. 100 du tarif de la salle calculé pour 60 jours, en plus des prolongations autorisées. Soixante-quinze pour cent des frais de services d'ambulance (pour les services justifiés sur le plan médical, documents à l'appui).

Frais autorisés : pour les malades chroniques, des frais de 13,06 $ par jour après 60 jours d'hospitalisation, avec exemptions d'une durée maximale de 360 jours pour la réadaptation des convalescents, sur présentation d'un certificat médical, et exemptions partielles ou complètes suivant le revenu familial. (Remarque : le tarif augmente tous les trimestres conformément à l'indice des prix à la consommation. Voir l'annexe pour obtenir plus de détails et connaître le tarif actuel.)

Services assurés supplémentaires : Les services ambulanciers nécessaires au point de vue médical, sous réserve d'un copaiement de 20 $ par voyage. (Remarque : voir note sur le tarif actuel.) Fournitures et médicaments pour la dialyse rénale et la suralimentation à domicile. Le programme de soins à domicile. Services assurés de maison de santé.

MANITOBA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Standard benefits paid at Manitoba rates.

Additional benefits (d): Artificial eyes program. Breast prostheses and surgical brassieres following mastectomy. Certain chiropractic services. Contact lens following congenital cataract surgery. Certain optometric services. Prescription drugs partially covered. Prosthetic devices and certain limb and spinal orthotic devices and services when prescribed by a doctor. Assistance in the purchase of telecommunication devices for the profoundly deaf. Assistance in the purchase of eyeglasses and where medically required, contact lenses, for persons 65 years of age and over. Children's programs for those under 18 years: Cleft Lip/Cleft Palate treatment and rehabilitation program, hearing aids and orthopedic shoes.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: All services except drugs and dressings in certain cases.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Rate approved by provincial plan of host province in accordance with the interprovincial agreement. Out-patient: Provided in accordance with the interprovincial agreement.

Outside Canada: In-patient: The greater of 75% of hospital's charges or a daily allowance if: 1) emergency, 2) adequate care not available in Manitoba, 3) during 3 months following permanent move, 4) temporary employment or education. The lesser of 75% of hospital's charges or a daily allowance for elective cases. Out-patient: Covered up to interprovincial agreement rates, or 75%, whichever is greater.

Authorized charges: None for hospital care within scope of Hospital Insurance Program, however, persons awaiting placement in Personal Care Homes are charged $10.75 per day. (Note: See Addendum re current charge.)

MANITOBA

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) : services assurés payés au tarif prévu par le Manitoba.

Services assurés supplémentaires (d) : les yeux artificiels. Les prothèses mammaires et soutiens-gorge spéciaux après la mastectomie. Certains services de chiropraxie. Les lentilles cornéennes requises après une intervention chirurgicale pour une cataracte congénitale. Certains services d'optométrie. Les médicaments prescrits sont couverts en partie. Les prothèses et certains appareils et services orthopédiques pour les membres et la colonne vertébrale, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin. Aide pour l'achat d'appareils de télé-communications pour les personnes atteintes de surdité profonde. Aide financière pour l'achat de lunettes et, lorsque c'est justifié sur le plan médical, de lentilles cornéennes, pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Programmes pour les enfants âgés de moins de 18 ans : Programme de traitement et de réadaptation en cas de fissure palatine ou labiale; programme d'aide aux handicapés auditifs et chaussures orthopédiques.

Prime mensuelle : aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : tous les services sauf, dans certains cas, les médicaments et les pansements.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : tarif approuvé par le régime de la province hôte conformément à l'accord conclu entre les provinces. Services de consultations externes : dispensés conformément à l'accord conclu entre les provinces.

Hors du Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : la plus élevée de ces sommes : 75 p. 100 des frais pour les prestations des services hospitaliers ou une allocation quotidienne dans les cas : a) d'urgence, b) où les soins requis ne sont pas disponibles au Manitoba, c) où les soins sont dispensés dans les 3 mois suivant le départ permanent, d) d'une absence temporaire pour raison de travail ou d'études. La moins élevée de ces deux sommes : 75 p. 100 des frais ou une allocation quotidienne pour les cas d'hospitalisation non urgente. Services de consultation externe : payés jusqu'à concurrence du tarif prévu dans l'accord entre les provinces, ou de 75 p. 100, de la facture, le plus élevé des deux montants étant retenu.

Frais autorisés : aucuns frais pour les soins hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation, toutefois les personnes qui attendent d'être placées dans des maisons de santé doivent payer 10,75 $ par jour. (Remarque : voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Additional benefits: Personal Care Homes: Standard ward and all approved available services. A $10.75 per day residential charge is payable by insured persons receiving personal care in personal care homes. (Note: See Addendum re current charge.)

Services assurés supplémentaires : foyers de soins personnalisés : salle et tous les services offerts autorisés. Les foyers exigeront une somme de 10,75 $ par jour des personnes assurées qui y reçoivent des soins personnels. (Remarque : voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

SASKATCHEWAN

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Standard benefits, administered by the Commission, paid at Saskatchewan rates. Various rates for approved services not available in province covered when prior approval received.

Additional benefits (d): referred services by dentist for care of cleft palate; chiropractic; optometry; oral surgery by a dentist. With certain exceptions, Saskatchewan residents holding valid health services cards are eligible for the benefits of other plans administered by the provincial Department of Health. These include: aids to independent living (medical equipment and supplies provided on free-loan basis to handicapped residents, drugs supplied for certain diseases, e.g. cystic fibrosis, telephone equipment supplied to special needs residents, partial payment of ostomy supplies); children's dental plan; subsidized hearing aid plan; and a prescription drug plan.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: To the extent that a hospital is able to provide it.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Standard ward rate less co-insurance charge where applicable. Out-patient: Total amount charged.

Outside Canada: In-patient: Maximum rate applies. Out-patient: Total amount charged, less exchange on U.S. currency.

Authorized charges: None for hospital care within scope of Hospital Insurance Program, however as of July 1, 1981, long term care services are no longer an insured benefit under the plan. Patients awaiting placement in extended or chronic care facilities are charged a fee of $45.00/day while in hospital.

Additional benefits: A subsidized air ambulance service, administered by the Department of Health, transports patients with medical emergencies from small towns to urban centres. The Department of Social Services administers the home care program. Private practice physiotherapy (facilities under contract with Minister of Health).

SASKATCHEWAN

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) : services assurés ordinaires, administrés par la Commission, payés au tarif prévu par la Saskatchewan. Services autorisés non offerts dans la province payés à des tarifs différents, lorsque autorisés au préalable.

Services supplémentaires (d) : soins dentaires pour les personnes porteuses d'une fissure palatine lorsque le cas est adressé par un dentiste; chiropraxie, optométrie, services de chirurgie buccale dispensés par un dentiste. Sauf certaines exceptions, les résidents de la Saskatchewan possédant des cartes de santé valides sont admissibles aux services d'autres régimes administrés par le ministère provincial de la Santé. Ces services comprennent des aides visant à promouvoir l'autonomie (fournitures et équipement médicaux prêtés gratuitement aux résidants handicapés, médicaments fournis pour certaines maladies, par exemple la fibrose kystique; matériel téléphonique fourni aux résidents présentant des besoins spéciaux, paiement partiel des fournitures pour stomisés); régime de soins dentaires pour enfants; régime de subventions pour prothèses auditives; régime de médicaments prescrits.

Prime mensuelle : aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : dans la mesure où un hôpital peut fournir le service, le service est assuré.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés moins les frais modérateurs le cas échéant. Services de consultation externe : la totalité des frais.

Hors du Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : un taux maximal s'applique. Services de consultation externe : la totalité des frais, moins le taux de change du dollar américain.

Frais autorisés : aucuns frais pour les soins hospitaliers couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation, toutefois à partir du 1er juillet 1981, les services de soins prolongés ne sont plus assurés en vertu du régime. Les personnes qui attendent d'être placées dans des établissements de soins de longue durée ou pour malades chroniques doivent payer 45 $ par jour durant leur séjour à l'hôpital.

Services assurés supplémentaires : un service d'ambulance aérienne subventionné, administré par le ministère de la Santé, transporte les malades des petites localités vers les centres urbains dans les cas d'urgence médicale. Le ministère des Services sociaux administre le programme de soins à domicile. Services de physiothérapie en cabinet privé (dans les établissements ayant signé un contrat avec le ministère de la Santé).

ALBERTA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (j).

Out-of-province benefits (c): Standard benefits within and outside country paid up to Alberta rate.

Additional benefits (d): Through the Alberta Health Care Insurance Plan: chiropractic services; dental services rendered by dental surgeons as specified in regulations; optometric services; physiotherapy services; podiatric services. Benefit ceilings on chiropractic, optometric, physiotherapy and podiatric services. An optional health services contract is available through the Alberta Health Care Insurance Plan which provides Alberta Blue Cross non-group membership at reduced rates to residents who are unable to obtain group Blue Cross coverage through an employer. For a resident 65 years and over, their spouse, and/or their dependants, the Extended Health Benefits Program provides a substantial portion of the cost of eyeglasses and a major portion of the cost of dentures and dental care. The Department of Social Services and Community Health administers numerous programs including: aids to daily living, available free to handicapped or chronically ill residents (benefits include hearing aids, ostomy supplies, wheelchairs etc.); a cystic fibrosis program; and the extended health benefits program which assumes the cost of hearing aids and medical and surgical equipment, supplies and appliances for those 65 and over, their spouses and dependents.

Premium per month (f):

Single - $9.50 (h). Family of 2 or more - $19.00 (h).

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: To the extent that the hospital is able to provide insured services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: All in-patient charges in Canadian active treatment or auxiliary hospitals. Out-patient: All services provided by hospitals in Canada at their respective approved rates.

Outside Canada: In-patient: In active treatment hospitals - $150 per day or the actual cost whichever is the lesser. Out-patient: For out-patient service at an active treatment hospital, the lesser of the amount charged or the amount that would be paid for the same service in Alberta.

ALBERTA

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste(j).

Services assurés hors de la province (c) : services assurés ordinaires au Canada et à l'extérieur payés au tarif prévu par l'Alberta.

Services assurés supplémentaires (d) : en vertu du régime d'assurance-maladie de l'Alberta : la chiropraxie; les soins dentaires dispensés par des chirurgiens-dentistes conformément aux règlements; l'optométrie; services de physiothérapie; services de podiatrie. Un maximum a été fixé pour les services de chiropraxie, d'optométrie, de physiothérapie et de podiatrie assurés. Une assurance facultative est offerte par la Commission qui permet aux résidents qui ne font partie d'aucun groupe de devenir membres de la Croix-Bleue de l'Alberta. Pour les résidents âgés de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge, le programme de services complémentaires de santé assure une importante partie du coût des lunettes et la plus grande partie du coût des dentiers et des soins dentaires. Le ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire administre de nombreux programmes dont : la fourniture gratuite d'aides fonctionnelles pour les activités de la vie quotidienne aux personnes handicapées ou aux malades chroniques résidant dans la province (parmi les services assurés, on retrouve les prothèses auditives, les fournitures pour stomisés, les fauteuils roulants, etc.); un programme de fibrose kystique; et le programme de services complémentaires de santé assurés qui couvre le coût des prothèses auditives, du matériel, des fournitures et appareils médicaux et chirurgicaux pour les personnes âgées de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge.

Prime mensuelle (f) :

Personne seule - 9,50 $(h). Famille de 2 personnes ou plus - 19 $(h).

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : dans la mesure où l'hôpital peut fournir les services assurés.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : tous les frais des services dans les hôpitaux de soins de courte durée ou auxiliaires canadiens. Services de consultation externe : tous les services de consultation externe dispensés dans les hôpitaux au Canada à leurs taux respectifs approuvés.

Hors du Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : dans les hôpitaux de soins de courte durée, la moins élevée de ces deux sommes : 150 $ par jour ou le coût réel. Services de consultation externe : pour les services de consultation externe dispensés dans un hôpital de soins de courte durée, la moins élevée des deux sommes suivantes : le coût réel des services rendus ou la somme que coûterait le même service en Alberta.

Authorized charges (applies only to Alberta hospitals):

Patients are required to pay a $5.00 admission charge to active treatment hospitals. Excluded are: inter-hospital transfers; re-admission within 30 days; hospitalization approved by a cancer clinic; polio patients; multiple handicapped children's units; a resident aged 65 or over, their spouse and dependents; and recipients of social assistance from Department of Social Services and Community Health.

Auxiliary Hospitals: $7.00 per day after 120 days. (Note: See Addendum re current charge.) Where a private room is provided at the request of the patient, an additional charge of $3.50 per day is payable.

Emergency Financial Assistance Program: For hospital and medical care services not available in province or provided in an emergency, assistance exists for cases of financial hardship.

Additional benefits: Home care program; nursing home benefit.

Frais autorisés (pour les hôpitaux de l'Alberta seulement):

Les malades doivent débourser 5 $ pour être admis dans un hôpital de soins de courte durée. Sont exclus les malades transférés d'un hôpital à l'autre; les malades réadmis dans les 30 jours qui suivent le congé de l'hôpital; les malades dont l'admission est approuvée dans une clinique du cancer; les malades atteints de poliomyélite; les enfants admis dans des unités pour handicapés multiples; les résidents âgés de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge; et les bénéficiaires d'aide sociale du ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire.

Les hôpitaux auxiliaires : 7 $ par jour après 120 jours. (Note : voir l'annexe sur les frais en vigueur.) Lorsqu'un malade occupe une chambre privée parce qu'il en a fait la demande, un supplément de 3,50 $ par jour est payable.

Programme d'aide financière d'urgence : pour les services hospitaliers et les soins médicaux non offerts dans la province ou fournis en cas d'urgence, une aide peut être accordée cas de difficulté financière.

Services assurés supplémentaires : programme de soins à domicile; prestations en foyer de soins.

BRITISH COLUMBIA

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals (j).

Out-of-province benefits (c):

Standard benefits, in emergency or with prior approval, paid up to B.C. rates.

Additional benefits (d): Chiropractic, naturopathy, orthoptic, physiotherapy and podiatric services partially covered; orthodontic services for hare lip and/or cleft palate covered (age limit); approved optometric services; extended role services of a registered nurse where:

1) an arrangement for the rendering and for the payment of these services is approved by the Commission, and

2) these services are rendered in an area of the province where a medical practitioner is not normally available.

The Dental Care Plan covers children 14 and under, seniors 65 and over, social aid recipients, and beneficiaries in receipt of premium assistance.

Children: - Preventive Care Package - no co-charge
- other insured service - 50% co-charge, $700 annual benefit ceiling;

Seniors: - 50% co-charge, $700 annual benefit ceiling;

Social aid and premium assistance recipients: no co-charge, $700 annual service ceiling.

(Note: Dental program suspended September 1, 1982 except for certain low income groups).

Free prescription drug program for residents 65 years and over, the handicapped and the chronically ill, and a universal Pharmacare plan which protects individuals from financial hardship as a result of high prescription drug expenses. User charges - $100.00 deductible plus 20% co-payment. Further details may be obtained by writing Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria V8V 1X4.

Premium per month (f):

Single - $11.50. Two persons - $23.00. Family of three or more persons - $28.75. (Note: Premium rates are subject to change within each fiscal year. See Addendum re current rates).

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste (j).

Services assurés hors de la province (c) :

Services assurés ordinaires, en cas d'urgence ou avec autorisation préalable, payés au tarif prévu par la Colombie-Britannique, ou moins.

Services assurés supplémentaires (d) : services de chiropraxie, de naturopathie, d'orthoptique, de physiothérapie et de podiatrie sont partiellement couverts; les services d'orthodontie pour les personnes porteuses d'un bec-de-lièvre ou d'une fente palatine sont couverts (limite d'âge); services d'optométrie approuvés; en outre les services d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) au rôle élargi lorsque :

a) la Commission approuve une entente prise pour assurer la prestation et le remboursement de ces services, et

b) ces services sont dispensés dans une région de la province où un médecin n'est pas normalement disponible.

Le Régime d'assurance-dentaire protège les enfants de 14 ans et moins, les personnes de 65 ans et plus, les assistés sociaux et les personnes qui reçoivent une aide au niveau du paiement de la prime.

Enfants : - ensemble des soins préventifs - aucun copaiement.
- autres services assurés - copaiement à 50 p. 100, prestation annuelle maximale de 700 $

Personnes âgées - copaiement à 50 p. 100, prestation annuelle maximale de 700 $

Assistés sociaux et personnes recevant une aide au niveau du paiement de la prime : - aucun co-paiement, services assurés jusqu'à un maximum de 700 $ par année.

(Remarque : programme dentaire interrompu le 1er septembre 1982, sauf pour certains groupes à faible revenu.)

Le Programme gratuit de médicaments prescrits pour les résidents âgés de 65 ans et plus, les handicapés et les malades chroniques et le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) offert à l'ensemble de la population, afin de protéger les individus des difficultés financières que peut entraîner l'achat de médicaments prescrits. Frais modérateurs-franchise de 100 $ plus copaiement à 20 p. 100. De plus amples renseignements sur ce programme peuvent être obtenus en écrivant à Pharmacare, Ministry of Human Resources, Parliament Buildings, Victoria, V8V 1X4.

Prime mensuelle (f) :

Personne seule - 11,50 $. Deux personnes - 23 $. Famille de trois personnes ou plus - 28,75 $. (Remarque : le tarif des primes peut changer à l'intérieur d'une année financière. Voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.)

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Service dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Out-patient: Emergency services, minor surgical procedures, day care surgical services, out-patient cancer therapy, psychiatric day care and night care services, day care rehabilitation services, narcotic addiction services, physiotherapy services, diabetic day care, and specified out-patient psychiatric services (in designated hospitals), dietetic counselling services; cytology services operated by the Cancer Control Agency of British Columbia and renal dialysis treatments for chronic renal failure (in designated hospitals); day care services at the Arthritis Centre of British Columbia and psoriasis day care services at Shaughnessy Hospital, Vancouver, and Victoria General Hospital, Victoria.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: During a temporary period of absence that ends at midnight on the last day of the 12th month following the month of departure from province - maximum stay of 12 months unless otherwise approved. Referral, if approved by Deputy Minister. Out-patient: Emergency services and minor surgery with a $2.00 charge payable by the patient; day care surgical services with a $6.00 charge payable by the patient; and out-patient dialysis treatment with no charge to the patient. Computerized axial tomography.

Outside Canada: For emergency illness or accidental injury, in-patient maximum $75 per day for adults and children, $33 per day for newborns. $170.00 or actual charge, whichever is lesser, for out-patient dialysis for chronic renal failure (Canadian funds) (Note: See Addendum re current charges).

Qualified persons who have obtained prior written approval to seek hospital treatment as in-patients outside of Canada are provided with benefits as follows:

- the usual and customary charge made by the hospital or institution providing the hospital service, less the authorized charges, if the benefits are not available in British Columbia; or
- a sum not greater than the per diem rate approved for an equivalent facility in British Columbia, less the authorized charges, if the benefits are available in British Columbia.

Authorized charges: (Note: See Addendum re current charges).

1) $6.50 per day for acute and rehabilitative care in hospitals, excluding newborns and organ donors,

2) $10.50 per day for adults in extended care hospitals,

3) $2 for each emergency or minor surgical out-patient treatment,

4) $6 for day care surgical services.

Additional benefits: Subsidized ambulance services.

Services de consultation externe : les soins d'urgence, les soins en chirurgie mineure, les soins en chirurgie de jour, le traitement des cancéreux non hospitalisés, les soins psychiatriques de jour et de nuit, les services de réadaptation de jour, le traitement de la toxicomanie, les services de physiothérapie, le traitement de jour pour les diabétiques et certains services de psychiatrie en clinique de consultation externe (dans les hôpitaux désignés), les services de consultation diététique, les services de cytologie exploités par la B.C. Cancer Institute et les services de dialyse rénale (dans les hôpitaux désignés); les soins de jour au Centre pour arthritiques de la Colombie-Britannique (Arthritis Centre of British Columbia) et les soins de jour pour les personnes souffrant de psoriasis à l'hôpital Shaughnessy de Vancouver, et le Victoria General Hospital de Victoria.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : Services dispensés aux malades hospitalisés : les services reçus au cours d'une absence temporaire se terminant à minuit le dernier jour du 12e mois suivant le mois du départ de la province - une absence maximale de 12 mois, sauf disposition contraire. Les services reçus par un malade dirigé ailleurs pour des traitements avec l'approbation du sous-ministre. Services de consultation externe : services d'urgence et de chirurgie mineure pour lesquels des frais de 2 $ sont payables par le patient; services de soins en chirurgie de jour pour lesquels des frais de 6 $ sont payables par le patient et traitement de dialyse destiné aux malades externes sans frais imputables au patient. Scanographie.

Hors du Canada : pour les cas d'urgence ou les blessures accidentelles, un maximum de 75 $ par jour pour les adultes ou les enfants hospitalisés, et de 33 $ par jour pour les nouveau-nés. Pour le traitement de dialyse rénale aux personnes non hospitalisées souffrant d'insuffisance rénale chronique, la moins élevée des deux sommes suivantes : le coût réel du traitement ou 170 $ (en devises canadiennes). (Remarque : voir l'annexe sur les frais en vigueur.)

Pour les personnes admissibles qui ont obtenu l'autorisation écrite d'être hospitalisées à l'extérieur du Canada :

- les frais habituellement demandés par l'hôpital ou l'établissement fournissant les services hospitaliers, moins les frais autorisés, si les services n'étaient pas disponibles en Colombie-Britannique; ou
- un montant n'excédant pas le tarif à la journée autorisé pour un établissement équivalent en Colombie-Britannique, moins les frais autorisés, si les services étaient disponibles en Colombie-Britannique.

Frais autorisés : (Remarque : voir l'annexe sur les tarifs en vigueur.)

a) 6,50 $ par jour pour les soins dispensés aux malades aigus et les traitements de réadaptation dans les hôpitaux, sauf pour les nouveau-nés et les donneurs d'organes.

b) 10,50 $ par jour pour les adultes dans les hôpitaux de soins prolongés.

c) 2 $ pour tout service d'urgence ou les soins en chirurgie mineure en clinique de consultation externe.

d) 6 $ par jour pour les soins en chirurgie de jour.

Services assurés supplémentaires : Services subventionnés d'ambulance.

NORTHWEST TERRITORIES

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c):

Within Canada: Standard benefits paid at approved rate of host province.

Outside Canada: Standard benefits paid up to Northwest Territories rate.

Additional benefits (d): Costs related to investigation, treatment, drugs, transportation, accommodation and meals available for patients of specified diseases when referred by a medical practitioner to the nearest treatment centre. Diseases covered are: cancer, tuberculosis, mental illness or chronic psychosis, cystic fibrosis, cleft lip or palate, spina bifida, diabetes mellitus, congenital anomalies and chronic diseases of the urinary system, and venereal disease (Note: coverage for venereal disease does not include travel, accommodation or meals). Pharmacare program for residents 65 years of age and older, individuals of treaty Indian and Inuit status, and persons with specified chronic diseases.

Premium per month: none

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward and all approved available services.

Out-patient: Emergency and follow-up treatment of injuries; medically necessary diagnostic radiological examinations with necessary interpretations; laboratory examinations; minor surgical procedures; physiotherapy and radiotherapy where available; certain day care surgical procedures; psychiatric and psychology services provided under an approved hospital program.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Standard ward rate approved for hospital by its own provincial plan. Out-patient: Same benefits as in N.W.T.

Outside Canada: Up to a maximum specified rate.

Authorised charges: none

Additional benefits: Home care program

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) :

Au Canada : services assurés ordinaires payés au tarif prévu par la province hôte.

Hors du Canada : services ordinaires assurés payés au tarif prévu par les Territoires du Nord-Ouest, ou moins.

Services assurés supplémentaires (d) : coûts liés aux examens, au traitement, aux médicaments, au transport, au logement et aux repas offerts aux malades atteints de certaines maladies particulières lorsqu'ils ont été adressés par un médecin au centre de traitement le plus proche. Maladies couvertes : cancer, tuberculose, troubles mentaux ou psychose chronique, fibrose kystique, bec-de-lièvre ou fente palatine, spina-bifida, diabète sucré, anomalies congénitales et maladies chroniques de l'appareil urinaire, et maladies vénériennes (Remarque : les services assurés dans le cas des maladies vénériennes ne comprennent pas les frais de déplacement, de logement ou les repas). Le Régime de médicaments prescrits (Pharmacare) pour les personnes de 65 ans et plus, les Indiens et les Inuit de plein droit, et les personnes atteintes de certaines maladies chroniques particulières.

Prime mensuelle : aucune

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : les traitements d'urgence des blessures et leurs traitements subséquents; les examens radiologiques requis par nécessité médicale et les analyses laboratoire; les soins en chirurgie mineure; la physiothérapie et la radiothérapie quand elles sont disponibles et certains soins en chirurgie de jour; services de psychiatrie et de psychologie dispensés dans le cadre d'un programme hospitalier approuvé.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : tarif de la salle approuvé pour l'hôpital par le Régime d'assurance-hospitalisation de la province. Services de consultation externe : les mêmes services assurés que ceux offerts dans les Territoires du Nord-Ouest.

Hors du Canada : jusqu'au tarif maximal spécifié.

Frais autorisés : aucuns

Services assurés supplémentaires : programme de soins à domicile.

YUKON TERRITORY

Medical Care Insurance

Standard benefits (c): All medically required services of medical practitioners and certain surgical-dental procedures undertaken by dental surgeons in hospitals.

Out-of-province benefits (c): Insured services paid up to Yukon rate.

Additional benefits (d): Cancer program pays full cost of travel plus living expenses allowance while away from home for treatment, as well as prostheses, appliances and medical surgical supplies. Dental program for school children up to grade 8 (basic restorative and preventive services). Drug program for specific chronic diseases (e.g. cystic fibrosis). Extended health care benefits program for registered residents, 65 and over, and their spouses 60 and over, covers: medical surgical supplies (e.g. ostomy supplies); artificial limbs; hearing aids; medical equipment (e.g. wheelchairs); dental care (restorations, dentures and preventive services within limits); optometric services (refractions, frames within limits); home nursing services (limits). Medical travel costs covered to nearest Centre upon referral. Pharmacare plan covers drugs for those 65 and over and their spouses 60 and over (diabetic supplies including syringes and testing materials also covered). Speech pathology program (diagnostic and remedial), for pre-school and school age children as well as certain adults.

Premium per month (f):

Single - $18.00. Family of 2 or more - $25.00. Coverage depends on residency status rather than on payment of premiums. Persons 65 years of age or more, their spouses and dependants are premium-exempt.

Hospital Insurance

Standard benefits (e):

In-patient: Standard ward rate and all approved available services.

Out-patient: Laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations for the diagnosis and treatment of an injury, illness or disability excluding simple procedures which ordinarily form part of a physician's routine office examinations; day care surgical services.

Out-of-province benefits (e):

Within Canada: In-patient: Rate approved for hospital by its own provincial plan. Out-patient: Same benefits as in Territory.

TERRITOIRE DU YUKON

Régime de soins médicaux

Services assurés ordinaires (c) : tous les services requis du point de vue médical qui sont dispensés par un médecin et certaines interventions de chirurgie buccale pratiquées dans un hôpital par un chirurgien-dentiste.

Services assurés hors de la province (c) : services assurés payés au tarif prévu par le Yukon, ou moins.

Services assurés supplémentaires (d) : le programme d'aide aux cancéreux couvre la totalité des frais de déplacement et prévoit une allocation de subsistance pour tout séjour fait à l'extérieur pour recevoir des traitements, de même que les prothèses, et les appareils, et les fournitures médicales et chirurgicales. Programme de soins dentaires pour les élèves de la première à la huitième année (service de prévention et de restauration de base). Coût des médicaments nécessaires au traitement de maladies chroniques précises (par exemple la fibrose kystique). Le programme de soins complémentaires de santé assurés pour les résidents inscrits de 65 ans et plus et leur conjoint âgé de 60 ans et plus, couvre : les fournitures médicales et chirurgicales (par exemple les fournitures pour stomisés); les membres artificiels; les prothèses auditives; le matériel médical (par exemple fauteuil roulant); les soins dentaires (certains services de restauration, de prothèses et de prévention); les services d'optométrie (réfraction, montures sous réserve de certaines restrictions); les services de soins infirmiers à domicile (limités). Frais de déplacement en vue de recevoir un traitement médical au centre le plus proche sur recommendation d'un médecin. Le Régime d'assurance-médicaments (Pharmacare) couvre les médicaments prescrits aux personnes âgées de 65 ans et plus et leur conjoint âgé de 60 ans et plus (fournitures pour les diabétiques y compris les seringues et le matériel pour les tests). Programme d'orthophonie (diagnostic et rééducation), pour les enfants d'âge préscolaire et scolaire de même que pour certains adultes.

Prime mensuelle (f) :

Personne seule : 18 $. Famille de 2 personnes ou plus : 25 $. La garantie dépend de la résidence et non de l'acquittement des primes. Les personnes âgées de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes à leur charge, sont exemptées des primes.

Régime d'assurance-hospitalisation

Services assurés ordinaires (e) :

Services dispensés aux malades hospitalisés : les services de la salle et tous les services disponibles qui sont approuvés.

Services de consultation externe : les tests de laboratoire, les examens radiologiques et les autres services de diagnostic, ainsi que les analyses nécessaires au diagnostic et au traitement des blessures, maladies ou invalidités, à l'exclusion des examens qui font partie de l'examen général en cabinet de médecin; les soins en chirurgie de jour.

Services assurés hors de la province (e) :

Au Canada : services dispensés aux malades hospitalisés : le tarif approuvé pour l'hôpital par le régime d'assurance-hospitalisation de la province en question. Services de consultation externe : les mêmes services assurés que ceux offerts dans le Territoire du Yukon.

Outside Canada: Maximum applied as to rate.

Authorised charges: none

Additional benefits: Nursing home insured services subject to a co-insurance charge of $24.00 per day.

Hors du Canada : le tarif maximal selon le taux.

Frais autorisés : aucuns

Services assurés supplémentaires : services assurés des maisons de repos, sous réserve des frais d'une assurance conjointe de 24 $ par jour.

NOTES:

a) The benefits listed are: 1) those of the national health insurance programs, and 2) additional benefits which are either: i) administered by the provincial health insurance plans or ii) are administered by another agency and generally fall within the pattern of benefits which are associated with public health insurance programs. However, not included are many other health services provided by provinces other than through the health insurance system or equivalent. These other programs may be: on a universal basis (e.g. public health services, mental health services, communicable disease control); on a regional basis within a province; on an age related basis; on a disease related basis; or on a needs basis.

b) Authorized charges are mentioned under Hospital Insurance only as there are no authorized charges for Medical Care. Extra-billing by individual practitioners above the benefit level paid by provincial medical care insurance plans is legally possible in all provinces except Quebec. The conditions under which extra-billing can occur, and the extent of such extra-billing varies from jurisdiction to jurisdiction. However, extra-billing must not impede or preclude reasonable access to insured services as required by the Medical Care Act (Canada).

b1) This summary is intended to provide a resumé of the provincial health insurance plans as they were on January 1 of each year. A few selected changes subsequent to that date which occurred during the calendar year and which have substantially altered plan benefits, or charges to beneficiaries, have also been noted. However, other changes such as scheduled increments in authorized charges have not been recorded in the body of the summary. Substantive changes which occurred following the close of the calendar year, and certain charges current at the time of printing are contained in the addendum.

c) These benefits are insured services as defined in the Medical Care Act (Canada), and are provided in accordance with conditions contained in the Act. (Benefits provided by a provincial plan which exceed the requirements of the Act are listed under "Additional Benefits".) All provincial medical care insurance plans are required to provide portability of coverage for the insured services of the Medical Care Program for their insured residents anywhere in the world. However, this requirement does not preclude a provincial plan from requiring prior approval from the plan before elective, non-emergency, care is obtained out-of-province.

d) These additional benefits are provided generally on a limited basis and are not normally portable. While, strictly speaking, the federal government is not contributing under federal health insurance legislation towards the costs of these additional benefits, the provinces have considerable latitude in allocating all

NOTES:

a) Les services assurés mentionnés sont : 1) ceux des régimes d'assurance-santé nationaux, et 2) les services assurés supplémentaires qui sont administrés soit (i) par les régimes d'assurance-maladie provinciaux, soit (ii) par un autre organisme, et qui correspondent généralement aux services assurés associés aux régimes d'assurance-maladie publics. Cependant, ne sont pas compris de nombreux autres services fournis par les provinces par un autre moyen que le régime d'assurance-maladie ou l'équivalent. Ces autres programmes peuvent être : sur une échelle universelle (par exemple, les services d'hygiène publique, les services de santé mentale, la lutte contre les maladies vénériennes; au niveau régional au sein d'une province; selon l'âge; la maladie; les besoins.

b) Les frais autorisés sont mentionnés aux termes de l'assurance-hospitalisation seulement, parce qu'il n'y a pas de frais autorisés pour les soins médicaux. Toutefois, dans toutes les provinces, sauf au Québec, les omnipraticiens individuels sont légalement en mesure de dépasser les tarifs prévus par les régimes d'assurance-maladie provinciaux. Les conditions et l'importance de cette surfacturation varient d'un secteur de compétence à l'autre. Toutefois, le dépassement des tarifs ne doit pas entraver ou empêcher l'accès raisonnable aux services assurés prévu dans la Loi sur les soins médicaux (Canada).

b1) Ce résumé vise à donner un aperçu des régimes d'assurance-maladie provinciaux en vigueur au 1er janvier de chaque année. Quelques changements particuliers qui ont été apportés après cette date, pendant l'année civile, et qui ont eu pour effet de modifier substantiellement les services assurés en vertu du régime, ou les frais à assumer par les bénéficiaires, ont également été indiqués. Toutefois, d'autres changements tels que les augmentations prévues des tarifs autorisés n'ont pas été inclus dans le corps du résumé. Des changements importants survenus après la fin de l'année civile et certains frais en vigueur au moment d'aller sous presse se retrouvent dans l'annexe.

c) Ces services assurés sont offerts conformément aux dispositions de la Loi sur les soins médicaux (Canada) et aux conditions afférentes. Des services additionnels dépassant les dispositions de la Loi sont offerts par les différents régimes provinciaux. Ils sont décrits sous le titre "Services assurés supplémentaires". Tous les régimes provinciaux d'assurance médicale doivent offrir à leurs résidents assurés une transférabilité de couverture partout dans le monde pour les services assurés du Programme de soins médicaux. Cette exigence n'empêche cependant pas un régime provincial de demander préalablement l'approbation du régime avant que des soins facultatifs, non urgents, soient prodigués hors de la province.

d) Ces services supplémentaires sont généralement offerts avec certaines restrictions, et ne sont pas habituellement transférables. Bien que, strictement parlant, le gouvernement fédéral ne partage pas les coûts de ces services supplémentaires en vertu de la législation fédérale sur l'assurance-santé, les

federal contributions for health care services. These include the contributions under the Hospital Insurance and Medical Care Programs, as well as those under the Extended Health Care Services Program in respect of the cost of certain health services such as nursing home and adult residential care, home care (health aspects) and ambulatory health care services. The latter contribution is not subject to the program conditions applicable to hospital and medical care insurance. Consequently, the provinces have total flexibility in the use they make of this particular contribution. For specific details, information may be obtained from the provincial plan.

provinces jouissent d'une latitude considérable dans la répartition de toutes les contributions fédérales pour les services de santé; celles-ci comprennent les contributions en vertu des régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, ainsi que les contributions en vertu du Programme de services complémentaires de santé, relativement au coût de certains services de santé tels que les soins en maison de repos et les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile (les services de santé) et les soins ambulatoires. Cette dernière contribution n'est pas assujettie aux conditions qui s'appliquent aux régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. En conséquence, les provinces sont libres d'utiliser cette contribution comme elles le veulent. Pour plus de précisions, s'adresser au régime provincial en question.

e) These benefits are provided in accordance with the terms and conditions of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act (Canada), except for nursing home benefits (where applicable).

e) Ces services assurés sont offerts conformément à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (Canada), sauf les services assurés dans les maisons de repos (le cas échéant).

f) Regular premiums only are listed. Reduced premiums and/or premium exemptions are available to residents on limited incomes. The provisions for assistance vary from province to province.

f) Seules les primes régulières sont inscrites. Les primes réduites et les exemptions de primes sont offertes aux résidents à revenu limité. Les dispositions en ce sens varient d'une province à l'autre.

g) Rates are for combined medical care and hospital insurance coverage. Premium exemption if member of premium unit is 65 years or more and resided for at least the previous 12 months in province.

g) Les taux s'appliquent aux Programmes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation combinés. Il y a exemption de la prime si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgé de 65 ans ou plus et est résident de la province depuis au moins les 12 derniers mois.

h) Premium exemption for basic (and for optional) coverage if member of a premium unit is 65 years or more. Eligibility for hospital insurance depends on medical care insurance status.

h) Il y a exemption de la prime pour l'assurance de base (et l'assurance facultative) si la personne seule ou un des membres d'une famille (2 personnes ou plus) est âgé de 65 ans ou plus. Le droit à l'assurance-hospitalisation dépend de la situation par rapport au Régime de soins médicaux.

i) A special fund for financing the Quebec Health Insurance Plan comprises employers' contributions amounting to 1.5% of employees' salaries and payments made by the Minister of Finance out of the provincial consolidated revenue fund, according to the requirements of the Quebec Health Insurance Board. (Increased to 3.0% April 1, 1982)

i) La Régie de l'assurance-maladie du Québec est financée par le fonds de l'assurance-maladie créé au ministère des Finances et alimenté par la contribution des employeurs (1,5 p. 100 du salaire versé à un employé) à laquelle s'ajoutent des sommes versées par le ministre des Finances à même le fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie. (La contribution est portée à 3,0 p. 100 à partir du 1er avril 1982.)

j) In this province, the services of osteopaths are eligible as insured services under the Medical Care Act (Canada) on the same basis as the services of medical practitioners.

j) Dans cette province, les services des ostéopathes peuvent être considérés comme étant des services assurés en vertu de la Loi fédérale sur les soins médicaux au même titre que les services des médecins.

ADDENDUM

Current Premiums and Authorised Charges

This addendum lists current premiums and authorised charges at time of printing. Provinces not mentioned in the addendum either have a) no such charges or b) have not had a change in premiums or authorised charges since the January 1, 1982 date of the Summary.

NEWFOUNDLAND

Authorised charges: Standard ward charge increased to $5.00/day and limit raised to $75.00 effective May, 1982. New charge introduced March 1, 1983, hospitals may levy a charge up to a maximum of $20.00/day to patients who remain in hospital after medical discharge.

NEW BRUNSWICK

Authorised charges: Increased to $13.70/day effective April 1, 1982.

QUEBEC

Authorised charges: Increased to $13.71/day effective January 1, 1983.

ONTARIO:

Premiums: Rates increased effective benefit month October, 1982 to $27.00 single and $54.00 family of two or more.

Authorised charges: Quarterly increases to $13.45 February 1, 1982; $13.80 May 1, 1982; $14.25 August 1, 1982; $14.72 November 1, 1982; and $15.00 February 1, 1983.

Additional benefits: Ambulance services copayment charge increased to $21.00.

MANITOBA

Authorised charges/Additional benefits: Charge for those awaiting placement and those in Personal Care Homes increased to $11.35 April 1, 1982; $11.65 July 1, 1982; $12.00 November 1, 1982; and $12.35 February 1, 1983.

ALBERTA

Premiums: Rates will increase effective July 1, 1983 to $14.00 for a single person and $28.00 for a family of two or more.

Authorised charges/Auxilliary Hospitals: Charge increased to $8.00/day effective April 1, 1982.

BRITISH COLUMBIA

Premiums: Rates increased effective April 1, 1982 to $15.00 for a single person, $28.00 for two persons, and $32.00 for a family of three or more persons.

Hospital Insurance

Out-of-province benefits/Within Canada: Out-patient: Emergency services and minor surgery charge increased to $4.00 and day care surgical services increased to $7.00, both effective April 1, 1982.

ANNEXE

Primes en vigueur et frais autorisés

On trouvera dans cette annexe une liste des primes exigées et des frais autorisés au moment d'aller sous presse. Les provinces qui ne sont pas mentionnées dans cette annexe soit a) n'exigent pas de tels frais ou b) n'ont pas modifié les primes ou les frais autorisés depuis le 1er janvier 1982, date à laquelle a été rédigé le résumé.

TERRE-NEUVE

Frais autorisés : le tarif standard de journée en salle a été porté à 5 $ par jour, et le plafond est fixé à 75 $ à partir du mois de mai 1982. Nouveaux frais en vigueur depuis le 1er mars 1983 : les hôpitaux peuvent exiger des frais jusqu'à concurrence de 20 $ par jour dans le cas des malades qui demeurent à l'hôpital après avoir obtenu leur congé du médecin.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Frais autorisés : portés à 13,70 $ par jour à partir du 1er avril 1982.

QUÉBEC

Frais autorisés : portés à 13,71 $ par jour à partir du 1er janvier 1983.

ONTARIO

Prime : le tarif des primes mensuelles est passé à partir du mois d'octobre 1982 à 27 $ pour une personne seule et à 54 $ pour une famille de deux personnes ou plus.

Frais autorisés : augmentations trimestrielles portant les frais à 13,45 $ à partir du 1er février 1982; à 13,80 $ à partir du 1er mai 1982; à 14,25 $ au 1er août 1982; à 14,72 $ au 1er novembre 1982; et à 15 $ au 1er février 1983.

Services assurés supplémentaires : le copaiement des services d'ambulance a été porté à 21 $.

MANITOBA

Frais autorisés/services assurés supplémentaires : les frais exigés des personnes attendant d'être placées en établissement et des personnes résidant dans des maisons de santé ont été portés à 11,35 $ à partir du 1er avril 1982; 11,65 $ à partir du 1er juillet 1982; 12 $ à partir du 1er novembre 1982; et 12,35 $ à partir du 1er février 1983.

ALBERTA

Primes : le 1er juillet 1983, le tarif passera à 14 $ pour une personne seule et à 28 $ pour une famille de deux personnes ou plus.

Frais autorisés/hôpitaux auxiliaires : frais portés à 8 $ par jour à partir du 1er avril 1982.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Primes : à partir du 1er avril 1982, tarif porté à 15 $ pour une personne seule, à 28 $ pour deux personnes et à 32 $ pour une famille de trois personnes ou plus.

Assurance-hospitalisation

Services assurés hors de la province/Au Canada : services de consultation externe : le tarif pour les services d'urgence et de chirurgie mineure a été porté à 4 $ et le tarif des services de soins en chirurgie de jour est passé à 7 $ à partir du 1er avril 1982.

Outside Canada: Rates for newborns increased to $36.00/day and limit for out-patient dialysis for chronic renal failure raised to $230.00.

Authorized Charges: Effective April 1, 1982 charges increased to: $7.50/day acute and rehabilitative care in hospitals; $11.50/day adults in extended care hospitals; $4.00 per emergency or minor surgical out-patient treatment; and $7.00 for day care surgical services.

Health Insurance Directorate
Health Services and Promotion Branch
Health and Welfare Canada

February, 1983

Hors du Canada : pour les nouveau-nés le tarif a été porté à 36 $ par jour, et le plafond fixé pour la dialyse en consultation externe dans les cas d'insuffisance rénale chronique est passé à 230 $.

Frais autorisés : À partir du 1er avril 1982, les frais sont passés à : 7,50 $ par jour dans les hôpitaux de soins de courte durée et pour les services de réadaptation médicale dans les hôpitaux; 11,50 $ par jour pour les adultes dans les hôpitaux de soins prolongés; 4 $ pour tout service d'urgence ou soins en chirurgie mineure en service de consultation externe; et 7 $ pour les services de chirurgie de jour.

Direction de l'assurance-santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

Février 1983

Plan Addresses

Newfoundland

Medical Care

Newfoundland Medical Care
Commission,
Elizabeth Towers,
Elizabeth Avenue,
St. John's, Newfoundland.
A1C 5J3

Hospital Insurance

Hospital Services Division,
Department of Health,
Confederation Building,
P.O. Box 4750,
St. John's, Newfoundland.
A1C 5T7

Prince Edward Island

Medical Care

Health Services Commission,
P.O. Box 4500,
Charlottetown, P.E.I.
C1A 7P4

Hospital Insurance

Hospital Services Commission
P.O. Box 4500,
Charlottetown, P.E.I.
C1A 7P4

Nova Scotia

Medical Care

Health Services and Insurance Commission,
Joseph Horne Building,
Corner Prince & Hollis Street,
P.O. Box 760,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 2V2

Hospital Insurance

Department of Health,
Joseph Horne Building,
Corner Prince & Hollis Streets,
P.O. Box 488,
Halifax, Nova Scotia.
B3J 2R8

New Brunswick

Medical Care

Department of Health,
Medicare,
P.O. Box 5100,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5G8

Hospital Insurance

Department of Health,
Insured Services Division,
P.O. Box 6000,
Fredericton, New Brunswick.
E3B 5G8

Québec

Medical Care

Quebec Health Insurance Board,
P.O. Box 6600,
Quebec, Quebec.
G1K 7T3

Adresses des Régimes

Terre-Neuve

Soins médicaux

Newfoundland Medical Care Commission
Elizabeth Towers
Avenue Elizabeth
St. John's (Terre-Neuve)
A1C 5J3

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Division
Department of Health
Confederation Building
C.P. 4750
St. John's (Terre-Neuve)
A1C 5T7

Île-du-Prince-Édouard

Soins médicaux

Health Services Commission
C.P. 4500
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7P4

Assurance-hospitalisation

Hospital Services Commission
C.P. 4500
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
C1A 7P4

Nouvelle-Écosse

Soins médicaux

Health Services and Insurance Commission
Joseph Horne Building
Angle des rues Prince et Hollis
C.P. 760
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 2V2

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
Joseph Horne Building
Angle des rues Prince et Hollis
C.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 2R8

Nouveau-Brunswick

Soins médicaux

Ministère de la Santé
Assurance-santé
C.P. 5100
Frédéricton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Assurance-hospitalisation

Ministère de la Santé
Division des services assurés
C.P. 6000
Frédéricton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Québec

Soins médicaux

Régie de l'assurance-maladie du Québec
C.P. 6600
Québec (Québec)
G1K 7T3

Hospital Insurance

Department of Social Affairs,
Joffre Building,
1075 chemin Ste-Foy,
Quebec, Quebec.
G1A 1B9

Ontario

Ontario Health Insurance Plan - (Medical Care and Hospital Insurance)

HEAD OFFICE
General Manager,
Ontario Health Insurance Plan,
MacDonald-Cartier Building,
49 Place d'Armes,
P.O. Box 48,
Kingston, Ontario.
K7L 5J3

HAMILTON
119 King St. W.,
P.O. Box 2112,
Hamilton, Ontario.
L8N 3Z9

KINGSTON
1055 Princess St.,
P.O. Box 9000,
Kingston, Ontario.
K7L 5A9

LONDON
227 Queens Ave.,
P.O. Box 5700,
Terminal A,
London, Ontario.
N6A 4L6

MISSISSAUGA
201 City Centre Dr.,
P.O. Box 7020,
Station "A",
Mississauga, Ontario.
L5A 3M1

OSHAWA
44 Bond St. W.,
P.O. Box 617,
Oshawa, Ontario.
L1H 7R1

OTTAWA
75 Albert St.,
Ottawa, Ontario.
K1P 5Y9

SUDBURY
199 Larch St.,
8th Floor,
Sudbury, Ontario.
P3E 5R1

THUNDER BAY
435 James St. S.,
Thunder Bay,
Ontario.
P7E 6E3

TORONTO
2195 Yonge St.,
P.O. Box 1700,
Terminal A,
Toronto, Ontario.
M5W 1G9

The above district offices undertake registration and claims processing. Information offices are also located at Barrie, Kenora, Kitchener, Peterborough, Owen Sound, St. Catharines, Sault Ste Marie, Sarnia, Timmins and Windsor.

Manitoba

Medical Care

Manitoba Health Services Commission,
P.O. Box 925
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Hospital Insurance

Manitoba Health Services Commission,
P.O. Box 925
599 Empress Street,
Winnipeg, Manitoba.
R3C 2T6

Assurance-hospitalisation

Ministère des Affaires sociales
Édifice Joffre
1075, chemin Ste-Foy
Québec (Québec)
G1A 1B9

Ontario

Régime d'assurance-maladie de l'Ontario - (les soins médicaux et l'assurance-hospitalisation)

SIÈGE SOCIAL
Gérant général
Régime d'assurance-maladie de l'Ontario
MacDonald-Cartier Building
49 Place d'Armes
C.P. 48
Kingston (Ontario)
K7L 5J3

HAMILTON
119, rue King
C.P. 2112
Hamilton, (Ontario)
L8N 3Z9

KINGSTON
1055, rue Princess
C.P. 9000
Kingston (Ontario)
K7L 5A9

LONDON
227, av. Queens
C.P. 5700
Succursale A
London (Ontario)
N6A 4L6

MISSISSAUGA
201, promenade City Centre
C.P. 7020
Succursale A
Mississauga (Ontario)
L5A 3M1

OSHAWA
44, rue Bond ouest
Oshawa (Ontario)
L1H 7R1

OTTAWA
75, rue Albert
Ottawa, Ontario
K1P 5Y9

SUDBURY
199, rue Larch
Huitième étage
Sudbury, (Ontario)
P3E 5R1

THUNDER BAY
435, rue James sud
C.P. 5000
Thunder Bay (Ontario)
P7E 6E3

TORONTO
2195, rue Yonge
C.P. 1700
Succursale A
Toronto (Ontario)
M5W 1G9

Les bureaux régionaux ci-dessus se chargent de recevoir les inscriptions et de donner suite aux demandes d'indemnité. Il existe également des bureaux d'information à Barrie, à Kenora, à Kitchener, à Owen Sound, à Peterborough, à St. Catharines, à Sarnia, à Sault-Ste-Marie, à Timmins et à Windsor.

Manitoba

Soins médicaux

Manitoba Health Services Commission
C.P. 925
599, rue Empress
Winnipeg, (Manitoba)
R3C 2T6

Assurance-hospitalisation

Manitoba Health Services Commission
C.P. 925
599, rue Empress
Winnipeg, (Manitoba)
R3C 2T6

Saskatchewan

Medical Care

Saskatchewan Medical Care Insurance Commission,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Hospital Insurance

Saskatchewan Hospital Services Plan,
T.C. Douglas Building,
3475 Albert Street,
Regina, Saskatchewan.
S4S 6X6

Alberta

Medical Care

Department of Hospitals and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
118th Avenue and Groat Road,
P.O. Box 1360,
Edmonton, Alberta.
T5J 2N3

or

Department of Hospitals and Medical Care,
Alberta Health Care Insurance Plan,
Crosslands Building,
629B - 7th Avenue S.W.,
Calgary, Alberta.
T2P 0Y9

Hospital Insurance

Department of Hospitals and Medical Care,
P.O. Box 2222,
11010 - 101st St.,
Edmonton, Alberta.
T5J 2P4

British Columbia

Medical Care

Medical Services Commission,
1515 Blanshard Street,
P.O. Box 1600,
Victoria, British Columbia.
V8W 2X9
Insurance contract may be obtained from the Medical Services Plan of British Colombia at the above address.

Hospital Insurance

Hospital Programs,
Ministry of Health,
Parliament Buildings,
Victoria, British Columbia.
V8W 3C8

Northwest Territories

Medical Care

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Precambrian Building,
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Saskatchewan

Soins médicaux

Saskatchewan Medical Care Insurance Commission
T.C. Douglas Building
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Assurance-hospitalisation

Saskatchewan Hospital Services Plan
T.C. Douglas Building
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan)
S4S 6X6

Alberta

Soins médicaux

Department of Hospitals and Medical Care
Alberta Health Care Insurance Plan
C.P. 1360
118e avenue et chemin Groat
Edmonton (Alberta)
T5J 2N3

ou

Department of Hospitals and Medical Care
Alberta Health Care Insurance Plan
Crosslands Building
629B, 7e avenue sud-ouest
Calgary (Alberta)
T2P 0Y9

Assurance-hospitalisation

Department of Hospitals and Medical Care
C.P. 2222
11010 - 101e rue
Edmonton (Alberta)
T5J 2P4

Colombie-Britannique

Soins médicaux

Medical Services Commission
1515, rue Blanshard
C.P. 1600
Victoria, (Colombie-Britannique)
V8W 2X9
Pour obtenir un contrat d'assurance, s'adresser au Medical Services Plan of British Columbia à l'adresse mentionnée ci-haut.

Assurance-hospitalisation

Hospital Programs
Ministry of Health
Parliament Buildings
Victoria (Colombie-Britannique)
V8W 3C8

Territoires du Nord-Ouest

Soins médicaux

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Precambrian Building
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Hospital Insurance

N.W.T. Health Care Plan,
Government of the N.W.T.,
Precambrian Building
Yellowknife, N.W.T.
X1A 2L9

Yukon

Medical Care

Yukon Health Care Insurance Plan,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Hospital Insurance

Yukon Hospital Insurance Services,
P.O. Box 2703,
Whitehorse, Yukon.
Y1A 2C6

Assurance-hospitalisation

N.W.T. Health Care Plan
Gouvernement des Territoires du
Nord-Ouest
Precambrian Building
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

Territoires du Yukon

Soins médicaux

Yukon Health Care Insurance Plan
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6

Assurance-hospitalisation

Yukon Hospital Insurance Services
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6